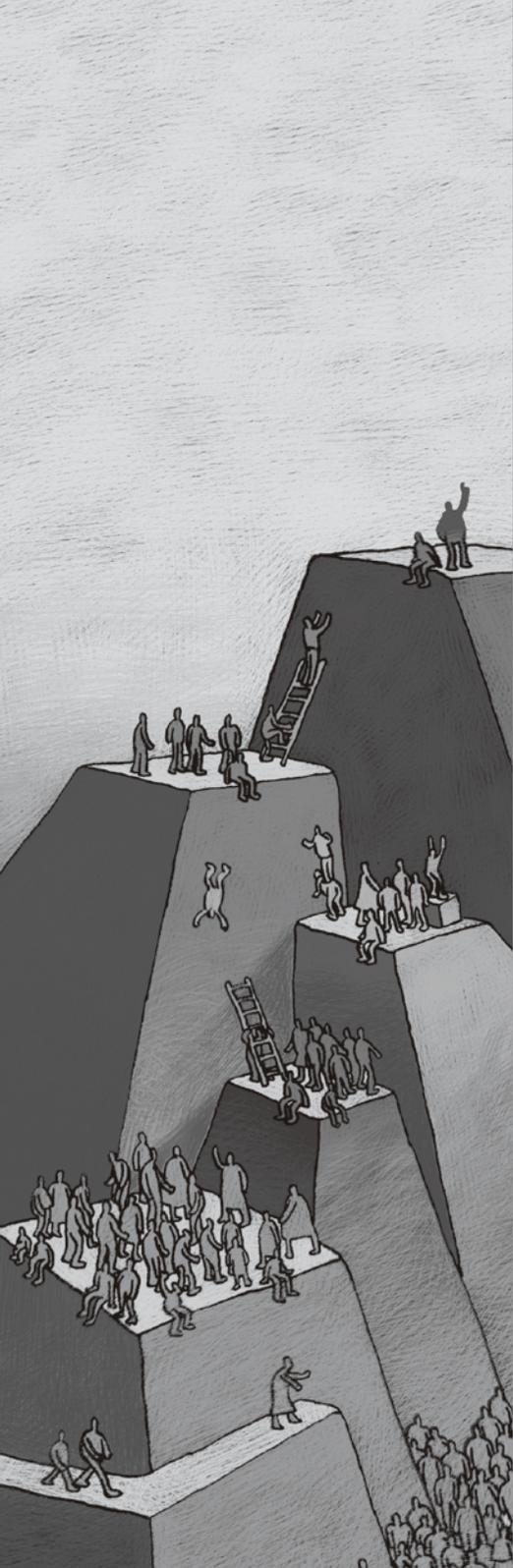




PERSONAS ADULTAS MAYORES: DESIGUALES Y DIVERSAS

*Políticas públicas y
envejecimiento en Bolivia*

Cecilia Salazar de la Torre
María Dolores Castro Mantilla
Mauricio Medinaceli Monroy



PERSONAS ADULTAS MAYORES: DESIGUALES Y DIVERSAS

*Políticas públicas y
envejecimiento en Bolivia*

Cecilia Salazar de la Torre
María Dolores Castro Mantilla
Mauricio Medinaceli Monrroy

cuaderno de futuro **29**
INFORME SOBRE DESARROLLO HUMANO

Publicación de HelpAge International y el Postgrado en Ciencias del Desarrollo de la Universidad Mayor de San Andrés (CIDES-UMSA), en alianza con la oficina del Informe sobre Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Cuaderno de Futuro 29

Personas adultas mayores: desiguales y diversas

Políticas públicas y envejecimiento en Bolivia

Cecilia Salazar de la Torre, María Dolores Castro Mantilla
y Mauricio Medinaceli Monroy

Primera edición: agosto de 2011

ISBN: 978 - 99954 - 819 - 0 - 2

Depósito legal: 4 - 1 - 2033 - 11

Coordinación:

HelpAge International

Edición: Rafael Archondo

Diseño y diagramación: www.salinasanchez.com

Ilustración de tapa: Alejandro Salazar

Impresión: Edobol

Impreso en Bolivia

HelpAge International

Calle Vincenti N° 576, Sopocachi

La Paz, Bolivia

Casilla postal 2217

Tel. (591-2) 2416830 / 2410957

www.helpage.org

helpagebolivia@helpagela.org

En Anexo se incluye la lista de personas que leyeron e hicieron comentarios a la primera versión de este informe.

Las ideas expresadas en los Cuadernos de Futuro son de exclusiva responsabilidad de sus autores y no responden necesariamente a la línea de pensamiento del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) ni de HelpAge International.

CONTENIDO

Presentación	5
Prólogo	7
Introducción	11
1. Vejez, envejecimiento y desigualdad en Bolivia	
Cecilia Salazar de la Torre	15
<hr/>	
2. Heterogeneidad, desigualdad y derechos en salud de las personas adultas mayores	
María Dolores Castro Mantilla	49
<hr/>	
3. Ingreso de las personas adultas mayores en Bolivia	
Mauricio Medinaceli Monrroy	93
<hr/>	
4. Conclusiones generales	125
<hr/>	
5. Anexos	131

SIGLAS Y ABREVIATURAS

ANAMBO	Asociación Nacional de Adultos Mayores de Bolivia
APS	Atención Primaria de Salud
BONOSOL	Bono Solidario
COSLAM	Centro de Orientación Socio Legal para el Adulto Mayor
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CNS	Caja Nacional de Salud
ENT	Enfermedades No Transmisibles
IDH	Informe de Desarrollo Humano
INASES	Instituto Nacional de Seguridad Social
INE	Instituto Nacional de Estadística
INTRA	Respuesta Integrada de los Sistemas de Atención en Salud al Rápido Envejecimiento de la Población (por sus siglas en inglés)
FAM	Federación de Asociaciones Municipales
MECOVI	Mejoramiento de Encuestas y Medición de Condiciones de Vida
MSD	Ministerio de Salud y Deportes
MSV	Municipios Saludables y Vejez
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PENSAM	Plan de Acción sobre la Salud de las Personas Mayores
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
SABE	Salud Bienestar y Envejecimiento
SAFCI	Sistema de Atención Familiar, Comunitaria e Intercultural
SNIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SSPAM	Seguro de Salud para los Adultos Mayores
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
UNFPA	Fondo de Población de la Naciones Unidas (Por sus siglas en inglés)

Presentación

El Cuaderno de Futuro 29 es la cuarta publicación que acompaña a la agenda de investigación del Informe Nacional sobre Desarrollo Humano 2010 *Los cambios detrás del cambio: desigualdades y movilidad social en Bolivia*. Este informe retrata a la sociedad boliviana en permanente transformación y da cuenta de importantes procesos de movilidad social que coexisten con desigualdades históricas que reproducen mecanismos de exclusión en nuestra sociedad. Estas transformaciones dibujan una nueva pirámide social.

Este Cuaderno es fruto de un trabajo conjunto del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), HelpAge Bolivia y el Postgrado en Ciencias del Desarrollo (CIDES-UMSA). Estas instituciones unen su esfuerzo para retratar la compleja problemática del adulto mayor en Bolivia combinando dos elementos fundamentales para el análisis del cambio social. Por un lado, el libro revela la necesidad de estudiar mejor la dinámica del cambio demográfico por la importancia trascendental que adquiere el conocimiento del perfil etéreo de la sociedad boliviana y su evolución en los próximos años; por el otro, retrata el grado de cumplimiento de derechos como la salud, la seguridad social y el bienestar, planteados como parte del horizonte normativo en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 y en la Nueva Constitución Política del Estado del año 2009.

Esperamos que este Cuaderno contribuya al debate sobre la urgencia de acelerar esfuerzos para lograr un ejercicio pleno de los derechos sociales y económicos en Bolivia.

Extendemos un sincero agradecimiento a quienes participaron en el comité editorial de esta publicación.

YORIKO YASUKAWA
Representante Residente del PNUD

Prólogo

*“La construcción de una sociedad incluyente, equitativa y justa es un sueño histórico de los bolivianos y las bolivianas”*¹. De ese modo, el Informe sobre Desarrollo Humano 2010 se ocupaba de plantear el principal desafío del país. Sin embargo, Bolivia sigue siendo el país más desigual de la región. Sus desigualdades históricas son de origen étnico, de género y se dan entre áreas urbanas y rurales. A su vez, estas diferencias que “frenan el desarrollo y limitan la convivencia”, se ven claramente reflejadas en las condiciones de vida de las personas adultas mayores² que hoy habitan el territorio boliviano.

El presente *Cuaderno de Futuro* muestra las desigualdades que existen en el país en el acceso a servicios básicos, educación y oportunidades de generación de ingresos. Sus cuadros estadísticos dejan abiertas preguntas como: ¿Por qué el departamento de Tarija experimenta una transición demográfica mucho más acelerada que Potosí, aunque el porcentaje de personas mayores es mayor en este último?, o ¿por qué los niños y las niñas que nacen en Oruro sólo pueden esperar vivir hasta los 60 años, en tanto que el que nace en Santa Cruz vivirá ocho años más en promedio?

Con base en testimonios que relatan vivencias recogidas a lo largo de 25 años de trabajo de la red HelpAge en Bolivia, el documento cuenta también la historia de una vida de lucha por el acceso a la educación y a los logros económicos y políticos del país. Además permite conocer, por ejemplo, el impacto de la migración en la vida de las personas adultas mayores quienes, debido al traslado de los jóvenes a zonas urbanas u otros

¹ *Los cambios detrás del cambio: Desigualdades y movilidad social en Bolivia*, Informe de Desarrollo Humano 2010, PNUD, La Paz, Bolivia.

² En este estudio una *persona adulta mayor* o un *adulto mayor* refiere a los hombres y mujeres mayores de 60 años.

países en pos de mejores oportunidades de trabajo, se quedan en la región de origen con la responsabilidad de cuidar y mantener a sus nietos.

A pesar de los datos señalados, Bolivia es un ejemplo en América Latina en cuanto a políticas públicas en favor de la población adulta mayor. El país cuenta con la ley de Protección de los Derechos y Privilegios del Adulto Mayor (Ley 1886); con un Seguro de Salud para el adulto mayor (Ley 2333) y con la Renta Dignidad (Ley 3791) única pensión universal no contributiva vigente en la región. También debemos mencionar que los derechos de las personas adultas mayores bolivianas son reconocidos por la Constitución Política del Estado (CPE). Sin embargo aún no se han desarrollado los mecanismos adecuados para implementar exitosamente varias de estas normas. Por el contrario, existen grandes obstáculos generados por la institucionalidad débil, la limitada infraestructura, el poco conocimiento de normas y leyes y la falta de capacidad técnica de algunas autoridades locales, regionales y nacionales. Este hecho revela todavía los grandes problemas de acceso de los grupos tradicionalmente menos favorecidos a los servicios ofertados por el Estado; al mismo tiempo deja ver grandes deficiencias en el cumplimiento y reconocimiento de los derechos humanos de los bolivianos adultos mayores, sobre todo en las áreas rurales.

Otro obstáculo es que la institucionalidad boliviana relega a las personas adultas mayores e impide un tratamiento integral de los problemas del desarrollo poblacional. Por ello, es importante resaltar la importancia del *enfoque de ciclo de vida* que asegura que las inversiones realizadas durante la niñez y juventud no se pierdan en la vida adulta y se garanticen los derechos a lo largo de la vida, subsanando brechas sociales en el camino. Es de igual importancia impulsar el *enfoque de trabajo intergeneracional*, para promover una relación y transición sana entre generaciones y edades, construyendo una sociedad que respete los derechos de todas las edades.

Debemos añadir que Bolivia cuenta con la Asociación Nacional de Adultos Mayores de Bolivia (ANAMBO), principal impulsor en el país de la protección social para este grupo etéreo. ANAMBO tiene más de 120.000

miembros efectivos; hombres y mujeres que permanecen activos social y económicamente, haciendo contribuciones vitales a sus familias y comunidades, mientras transmiten cultura e historia. Ellos y ellas, que representan el pasado, el presente y también el futuro de este país, luchan día a día, a través del ejercicio del control social sobre las políticas públicas, el aporte a la planificación municipal y la participación política, para garantizar una vejez más digna y segura para las próximas generaciones.

La publicación de este libro ha sido posible gracias al generoso apoyo de la Cooperación Sueca, a quienes extendemos un sincero reconocimiento por permitirnos rendir homenaje a todas las personas adultas mayores de este país, a través de una radiografía de sus condiciones y oportunidades de vida y su creciente participación en la vida social y económica del país.

Nuestro reconocimiento al Postgrado en Ciencias del Desarrollo (CIDES) de la Universidad Mayor de San Andrés (UMSA), gracias al cual se ha materializado esta selección de estudios que plasman el texto que ahora presentamos.

Esperamos que este *Cuaderno de Futuro* no sólo complemente el Informe sobre Desarrollo Humano 2010, sino que también provea un insumo importante para cuando Bolivia reporte, ante la Organización de las Naciones Unidas (ONU), los avances y desafíos en la implementación del Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento el año 2012.

FIONA CLARK
Directora Regional de Programas
América Latina, HelpAge International

ROLANDO JITTON
Director Programa Bolivia,
HelpAge International

Introducción

Los cambios generados por la transición demográfica y la tendencia al envejecimiento de la población latinoamericana nos obligan a abordar con mayor profundidad la situación de las personas adultas mayores en el país. El trabajar este tema supuso dos dificultades, por un lado, la ausencia de información, lo que impidió un análisis más amplio; y por otro, la persistencia pública y privada de un enfoque asistencialista que no sitúa a las personas adultas mayores como sujetos de derecho.

A pesar de ello, el documento recoge y analiza la información disponible sobre la situación de la población adulta mayor en el país, en tres áreas específicas: transición demográfica y desigualdad; condiciones de salud; e ingresos económicos. Los capítulos de este documento trazan metas, objetivos y recomendaciones de acción para el desarrollo humano y bienestar de las personas mayores, en el ámbito de las políticas públicas locales e internacionales.

Este *Cuaderno de Futuro* es un aporte a las discusiones planteadas por el Informe sobre Desarrollo Humano 2010 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). En este contexto, romper con brechas sociales es muy relevante, pues aquellos derechos que no son ejercidos por todos se convierten en privilegios que profundizan las desigualdades. Por ello queremos poner en el centro de la discusión política el ejercicio de los derechos sociales fundamentales, como condición necesaria para la construcción de una sociedad basada en principios de solidaridad, reciprocidad y equidad a lo largo de la vida.

En el libro *Envejecimiento, Derechos Humanos y Políticas Públicas*, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal, 2009), da cuenta de la amplia brecha que existe en la región entre lo que se prescribe en las leyes y lo que se hace en la realidad. Es que si bien los gobiernos

han generado marcos legales de protección, aún persisten insuficiencias en el ejercicio efectivo de estos derechos y, hoy en día, una parte importante de la población adulta mayor carece de acceso a prestaciones de seguridad social, servicios de salud o servicios básicos. Huenchuan, (2009) sostiene que *“en la mayoría de los casos, esta vulnerabilidad no radica en la edad, sino en una generalizada precariedad de los dispositivos de protección establecidos por los Estados. En otros casos, son expresión de una abierta desigualdad en función de los ingresos o bien de una escasa consideración de las necesidades de este grupo social como un asunto de política pública, producto de la arraigada concepción de que los problemas de la vejez son de orden privado y no objeto de la solidaridad colectiva”*.

Por ello, la política pública debe garantizar derechos fundamentales, objetivo esencial enunciado también en la Nueva Constitución Política del Estado (IDH –Bolivia, PNUD 2010). En ese marco, observamos en Bolivia un amplio despliegue de recursos normativos a favor de las personas adultas mayores, aunque muchas de esas normas no se cumplan. Esta disparidad entre la ley y la realidad puede ser fruto de la precariedad estructural, la heterogeneidad demográfica, la diversidad socioeconómica y los procesos diferenciados de envejecimiento poblacional que existen en el país.

A pesar de esta realidad, cabe destacar el creciente empoderamiento de las personas adultas mayores organizadas alrededor de la Asociación Nacional de Adultos Mayores de Bolivia (ANAMBO), que aglutina más de 125 organizaciones locales del área urbana y rural, con alrededor de 120.000 miembros. Si a esto sumamos la significativa participación de las personas adultas mayores en la economía familiar y local, aspecto no siempre reflejado por los datos estadísticos, tenemos una población organizada en torno a la defensa de sus derechos, pero también consciente de su rol como ciudadano con derechos y responsabilidades.

Hechas esas consideraciones, el documento retrata las condiciones socioeconómicas y culturales de las personas adultas mayores, asumiendo de antemano que son resultado de factores sociales acumulados a lo largo de su vida, afines o no, a los logros de las políticas sociales introducidas en

el transcurso de los últimos 60 años y más. El documento está organizado en tres capítulos:

Capítulo 1: “*Vejez, envejecimiento y desigualdad en Bolivia*”, escrito por Cecilia Salazar de la Torre, muestra las tendencias demográficas de la población boliviana, la heterogeneidad de la población adulta mayor y las diferencias y desigualdades persistentes vinculadas con la situación socio económica, la pertenencia étnica, la residencia urbano rural, las diferencias regionales (valles, altiplano, tierras bajas, Chaco), y culturales, las identidades de género y generacionales.

Capítulo 2: “*Heterogeneidad, desigualdad y derechos en salud de las personas adultas mayores*”, preparado por María Dolores Castro Mantilla, analiza las necesidades que las personas mayores de Bolivia tienen en el área de salud y la respuesta del Estado frente a esas necesidades. Además identifica el acceso actual a las prestaciones sanitarias, así como los principales factores de exclusión en salud que todavía afectan a las personas adultas mayores, debido a las desigualdades estructurales en el país y del propio sistema y modelo de atención en salud. Incluye la importancia de tomar en cuenta la diversidad en la salud, en el sentido de que las personas adultas mayores no son un conglomerado homogéneo, y que factores como el lugar de residencia, la identificación étnica, la edad y el género deben ser tomados en cuenta a la hora de diseñar políticas públicas en salud.

Capítulo 3: “*Ingreso de las personas adultas mayores*”, elaborado por Mauricio Medinaceli Monrroy, presenta la tendencia en el ingreso personal de las personas adultas mayores durante el período 1999-2007. Hace hincapié en las posibles desigualdades entre personas del sector rural y urbano, así como también entre hombres y mujeres; la participación de los bonos entregados por el Estado boliviano en el ingreso personal de este segmento de la población; el grado de participación en la oferta de trabajo y, finalmente, un análisis de micro simulación para evaluar el impacto de los bonos en la composición del gasto familiar.

A manera de conclusión: los diferentes capítulos muestran que, si bien hay importantes avances en políticas públicas, en materia de legislación y de sus marcos normativos (especialmente pensión no contributiva y seguro de vejez con protocolos y normativas relevantes), aún existe la necesidad de un cambio estructural en su implementación. Hay todavía mucho por hacer para abordar las múltiples diferencias y desigualdades que persisten en el país; para contar con servicios más “amigables” y para enfrentar la persistente exclusión de las personas mayores de los derechos más básicos como la salud y, por tanto, el derecho a la vida.

El estudio también advierte sobre la debilidad de las políticas de prevención, las que permitirían moderar la pérdida de capacidades funcionales de las personas adultas mayores. De la misma manera, se observa lo poco preparado que está el Estado boliviano para afrontar el envejecimiento de la población y la prolongación de la esperanza de vida.

Otro aporte del documento es el relacionado con los ingresos socioeconómicos de las personas adultas mayores. Se resalta la importancia de los bonos especialmente en el área rural, pero también se valora la continua actividad económica de las personas mayores, que complementan de ese modo sus ingresos. Estos datos sugieren la necesidad de un cambio de visión en el tema laboral, a través de políticas más extensivas, que garanticen la seguridad social de estos trabajadores, que se mantienen trabajando en el mercado informal, con bajos salarios y cumpliendo 42 horas de trabajo a la semana.

Desde un enfoque de derechos se requiere de un cambio de paradigma en el trato y la planificación de políticas para la población adulta mayor y el proceso de envejecimiento. Las personas adultas mayores no son recipientes pasivos de bonos de caridad y asistencia social, sino más bien sujetos y agentes de cambio, con roles importantes en sus familias y comunidades, especialmente en el contexto de la amplia migración rural-urbana e internacional.

Las personas mayores son sujetos de derecho a la salud, a un ingreso digno, a la participación popular y política, a la educación continua y a la inclusión social. Esperamos que este documento ayude a allanar las vías hacia esos objetivos.

1

Vejez, envejecimiento y desigualdad en Bolivia

Cecilia Salazar de la Torre

CECILIA SALAZAR DE LA TORRE

Socióloga, con estudios de Maestría en la FLACSO, México. Actualmente candidata a PhD. en Ciencias del Desarrollo por el CIDES-UMSA. Su campo de investigación tiene como centro de preocupación la cohesión nacional-estatal y, dentro de ello, los factores constitutivos de la identidad, individual y colectiva, considerando variables de clase, género y etnicidad. Desarrolla actividades en la docencia universitaria y, en la investigación, trabajos vinculados a instituciones públicas y privadas, nacionales e internacionales. Ha sido consultora del PNUD, de ASDI (Suecia), INSTRAW (hoy ONU-Mujeres), entre otras. Recientemente viene trabajando en la problemática del cuidado y las interdependencias intergeneracionales.

1.1 INTRODUCCIÓN

Este capítulo busca comprender el envejecimiento de la población en el contexto boliviano. Podría decirse que, dados los señalamientos de la introducción de este libro, lo hace concentrando su mirada en tres asuntos principales:

El primero son las tendencias demográficas en Bolivia, donde se destacan los próximos desafíos que deberán enfrentarse desde la política pública y, detrás de ella, desde los componentes económicos y productivos que requiere desarrollar el país para darle consistencia a la relación entre grupos activos y grupos dependientes.

El segundo asunto es el rostro actual de la vejez boliviana, que también debe ser vista como consecuencia de lo que el Estado boliviano hizo o no hizo con relación a la sociedad en general.

De manera complementaria, se añade un tercer aspecto, referido a la condición de este grupo poblacional, cuando entre medio aparecen cuestiones de carácter étnico cultural y cambios en los valores que amparan las relaciones intergeneracionales.

Entre los elementos más importantes que se encontrarán aquí destaca la ventaja que, por ahora, goza el país de aprovechar de su población en edad activa, factor que es vital para enfrentar su reorganización económica y productiva.

A contrapelo, como factores problemáticos, se revela la precaria situación de las personas adultas mayores en Bolivia, especialmente si se trata de mujeres campesino-indígenas y la enorme heterogeneidad demográfica que existe a todo nivel. Ambos aspectos son resultado de las casi inexistentes políticas de desarrollo que involucren, asimismo, una idea cabal de la integración social.

1.2 EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN BOLIVIANA

1.2.1 Tendencias de partida: la relación entre fecundidad y mortalidad

Lenta pero sostenidamente, Bolivia está experimentando varias transiciones en su estructura demográfica que, en breve, nos pondrán ante nuevos desafíos sociales derivados del envejecimiento de su población, aún inicial, pero con tendencias irreversibles, especialmente a partir de fines del siglo XX. Si se compara, su situación es similar a la de Guatemala, Haití, Honduras, Paraguay y Nicaragua, donde el incremento de la población adulta mayor de 60 años es de más o menos el 3 % anual y tiende ligeramente a ser más alto que el de la población total que bordea un 2 % (Huenchuan, 2009).

En ese marco, Bolivia se sitúa, entre los países latinoamericanos cuya transición demográfica era hasta hace poco tiempo “incipiente” y se diferenciaba del resto cuyas tendencias eran “moderadas”, “plenas” o “avanzadas”.

En el polo más extremo están Argentina, Brasil, Uruguay, Cuba y Chile donde, no sólo el envejecimiento es mayor, sino que el propio crecimiento demográfico alcanza índices menores al 1%, como es el caso de Cuba, país que ya está viviendo una situación llamada de “post-transición”. Esta situación contrasta con Bolivia que, desde los años 90, viene acelerando el cambio de su estructura poblacional.

Como se sabe, el envejecimiento de la población se basa en la relación entre natalidad y mortalidad. Dependiendo de ambas, se produce un curso más acelerado o más lento de envejecimiento, a lo que deben sumarse factores institucionales y socioeconómicos. Por ejemplo, al mejorar las condiciones de salud natal y post-natal, la mortalidad durante la infancia es menor, lo que garantiza una base piramidal significativa junto al aumento de la esperanza de vida al nacer.

Respecto a ello, Bolivia ha logrado avances importantes en los últimos 40 años, pasando de 152 niños muertos por cada mil nacidos vivos, en los años 70, a 54 en el año 2003, y a 42 en el 2010, aunque sin alcanzar aún el promedio regional latinoamericano y mucho menos los datos que proporcionan, entre otros, Chile y Cuba, cuyos valores son inferiores a 10 defunciones por mil nacidos vivos.

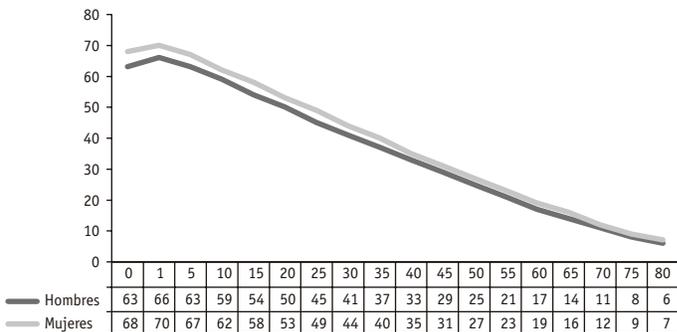
De la misma manera, al mejorar el acceso de las mujeres a la educación, las tasas de fecundidad tienden a descender, aspecto que en Bolivia, en el mismo periodo de años antes señalado, ha permitido que, de siete hijos por mujer, se pase a 3,5 (en el área rural 4,9). Se espera que, para los años cercanos a 2030, se llegue a dos hijos por mujer. Este cambio reducirá la base infantil de la pirámide poblacional y, por ende, habrá una presencia relativamente más importante de los otros grupos etéreos.

En ese mismo sentido, se deberá tomar en cuenta el peso de la mortalidad en otros grupos etéreos o sus cada vez mayores posibilidades de supervivencia, situación que involucra otros referentes institucionales, por ejemplo, los que garantizan servicios hospitalarios de tercer nivel y que atienden enfermedades degenerativas propias de las personas adultas mayores (ver el siguiente capítulo).

Sobre ese aspecto, en Bolivia la tasa bruta de mortalidad era para el 2010 de 6,95 por cada mil habitantes, en tanto que la mortalidad infantil de 42,16 por cada mil nacidos vivos. Mientras tanto, la esperanza de vida al nacer ha llegado a un promedio de 66,34 años, en este caso con un incremento porcentual del 17 % entre los años 70 y principios del siglo XXI (INE, 2010)¹. Un dato complementario muestra que, una persona que hoy tiene 60 años, puede vivir 18 años más, como se aprecia en el gráfico 1.

¹ En los años 70, la esperanza de vida llegaba apenas a los 46,7 años como promedio nacional.

GRÁFICO 1
Esperanza de vida en Bolivia (2010)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE).

1.3 CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA POBLACIONAL

Ahora bien, puestas estas tensiones demográficas en evidencia, lo real es que en Bolivia se ha producido una sostenida transformación de su composición poblacional en estos cuarenta años, y además esto se ha acentuado en los últimos veinte.

Como se observa en la tabla 1, el cambio más importante se produjo entre 1990 y 2010, periodo en el que la tendencia hacia el declive proporcional de la población menor de 14 años comenzó a acentuarse, mientras en dirección contraria, la población en edad activa tendió a ocupar mayor relevancia seguida de la población mayor de 60 años.

En ese sentido, si en la década de los setenta, la población menor de 15 años era de 42,9% respecto a la población total, todo hace prever que este porcentaje disminuirá a 27% para el año 2030. En cambio, está claro que la población mayor, entre 15 y 59 años, crecerá hasta un 63% (en 1970 era del 51,7%) y la población de personas adultas mayores llegará a 10%, siendo que representaba sólo el 5,4%.

TABLA 1
Distribución poblacional (porcentajes)
según grupo de edad y año

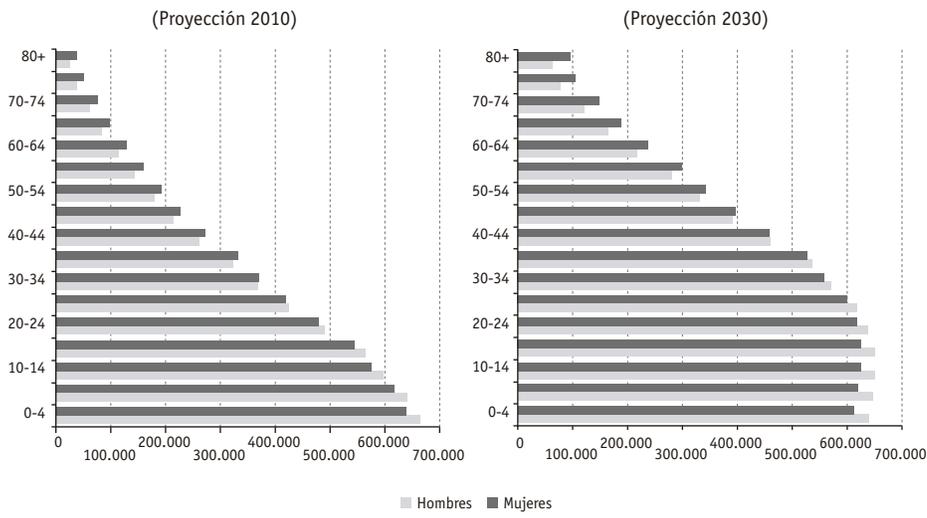
Grupo de edad	1970	1990	2010	2030
0-14	42,9	41,3	35,8	27,0
15-59	51,7	52,9	57,3	63,0
60 y más	5,4	5,8	6,9	10,0
Total	100	100	100	100

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE)

A partir de ello, puede decirse que el país inició su transición demográfica a fines del siglo XX, lo cual se explica por su ya cada vez más creciente urbanización y, por ende, por la adopción de hábitos culturales basados en el avance educativo aunque, detrás de ello, persista una situación general de precariedad, que pone en entredicho la relación entre logro social y logro económico (PNUD, 2010).

Dicho esto, la transición demográfica del país se acelera en los últimos años, con tendencia a acentuarse en las próximas décadas, lo que quiere decir que la situación estructural variará en un tiempo mucho menor que el de los países desarrollados. Pero además, puede decirse que este proceso, a diferencia de estos países, se está dando en medio de una pobreza estructural. Con todo, las tendencias proyectan una pirámide poblacional que tiende a desdibujarse, como se observa en los gráficos 2 y 3.

GRÁFICOS 2 Y 3 Pirámide poblacional en Bolivia

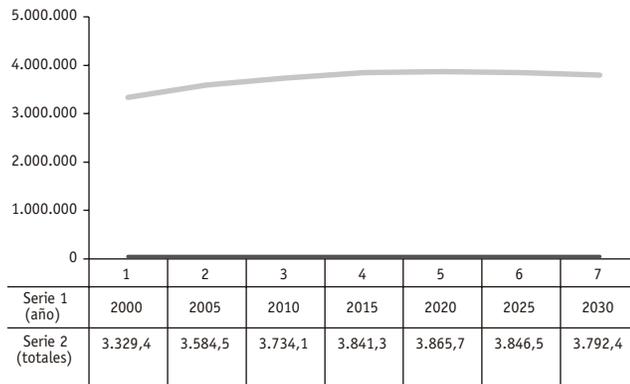


Fuente: Elaboración propia sobre la base de Instituto Nacional de Estadística (INE).

La población boliviana de 60 años y más aumentará en número a partir de 2010, lo que nos lleva a pensar de nuevo en las relaciones de dependencia de las personas adultas mayores. Así, tendremos pronto dos derivaciones complementarias: primero, variará también la relación de dependencia de la población menor de 14 años y, segundo, esa realidad nos conducirá a un momento de recambio generacional que actualmente confrontan otros países.

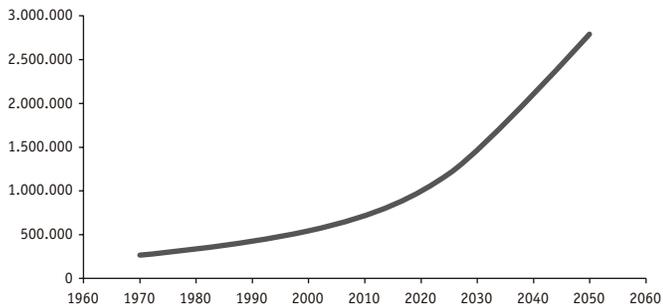
Como un reflejo de lo señalado, en los gráficos 4 y 5 se observa cómo crecerá la población menor de 15 años y cómo lo hará la población adulta mayor. Siguiendo con ello y como se observa en los gráficos, el dato más llamativo expresa que a mediados de este siglo el número de personas adultas mayores de 60 años sobrepasará los dos millones y medio de personas, es decir, un millón más de los que tendremos el 2030.

GRÁFICO 4
Tendencias de crecimiento de la población menor de 15 años



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE).

GRÁFICO 5
Tendencias de crecimiento de la población mayor de 60 años



Fuente: INE, 2004; UNFPA, 2007.

1.4 RELACIONES DE DEPENDENCIA Y “BONO DEMOGRÁFICO”

De este proceso surgen varios desafíos. Todos brotan de las condiciones en las que se está generando actualmente esta transición. Del conjunto, el reto más importante surgirá del cambio proporcional entre la población en edad “dependiente” (< 15 años y > 60) y “activa” (15-59 años)². Si se considera que la población mayor de 60 años tiende a ser inactiva en el plano laboral (más adelante se observa que esto no siempre es así en Bolivia), y que de mantenerse las tendencias históricas de envejecimiento, el país tendrá que ampliar significativamente los derechos de protección social y jubilación que hoy benefician a una minoría. Según la MECOVI 2002, cerca del 22 % de los varones y alrededor del 13 % de las mujeres gozaron de una jubilación, en su mayoría, por su capacidad para acceder a fuentes laborales con cierto grado de formalidad³.

Si esta situación continúa, es probable que, para el año 2030, el país tenga más de un millón de personas mayores sin ingresos para subsistir, reto que sólo se podrá enfrentar si esta población accede a servicios públicos y de vivienda que son condiciones mínimas para vivir la vejez con dignidad, y si el sistema de salud está preparado, además, para atender los problemas que trae consigo la vejez.

Actualmente, las estadísticas muestran que las mujeres al nacer tienen una esperanza de vida promedio de 67,7 años, mientras la de los hombres llega sólo a 63,4 años⁴. A los 60 años las mujeres pueden vivir otros 19 y los hombres sólo 17 (ver gráfico 1) Por eso, recuérdese, la viudez femenina es mayor que la masculina.

2 La dependencia se calcula en base a la relación entre población inactiva sobre población activa (menos de 15 años y más de 60), por 100.

3 Eso quiere decir que tan sólo una de cada ocho mujeres adultas mayores tenía acceso al beneficio de la jubilación.

4 Debe recordarse que la esperanza de vida al nacer en América Latina tiene un promedio de 73,4 años, rango al que el país recién se aproximará entre el 2025 y 2030 (CEPAL, 2010).

TABLA 2
Evolución de la población mayor de 60 años según género
(Proyecciones de 2000 a 2030)

Años	Hombres	Mujeres	Total
2000	244.636	292.816	539.452
2010	326.343	394.696	723.049
2020	454.371	552.716	1.009.107
2030	642.269	774.972	1.419.271

Fuente: INE/CEPAL/UNFPA, 2005

Sin embargo, también está claro que Bolivia tiene a su favor un factor relevante: a diferencia de lo que ocurre con países donde el crecimiento poblacional es menor a 1 % y el envejecimiento está tocando las puertas de un panorama post-transicional, el nuestro todavía cuenta con una amplia masa más joven disponible para la generación de recursos que permitiría aguardar un futuro más prometedor.

A esa ventaja los estudios poblacionales le llaman el “bono demográfico”, propio de los países cuyo envejecimiento todavía es tenue lo que, en general, se presenta en países pobres que dispondrán de capital humano activo por un buen tiempo. Un dato comparativo interesante puede observarse respecto a Uruguay, donde actualmente su relación de dependencia de la población de 15 a 59 años/adulta mayor es de 29,6 % mientras en Bolivia es de 12,1 %. Para el año 2025 se prevé que esta relación será en Uruguay del 33,2 % y para Bolivia de 14,3 % (Huenchuan, 2009).

Con esos datos, está claro que las preocupaciones para enfrentar los próximos desafíos tienen que estar diferenciadas, aunque apuntaladas por la necesidad de restablecer una relación coherente entre la vida activa y la vida inactiva. Dicho esto, es probable que Uruguay enfrente esta problemática alentando el crecimiento numérico de sus grupos activos, atrayendo inmigrantes o dando ventajas a los nativos a favor de un mayor índice de natalidad.

Bolivia deberá hacerlo, en cambio, organizando a los que posee, a través de la producción, la generación de riqueza y su distribución, sin obviar los aspectos que tienen que ver con el desarrollo institucional y una mejora en la oferta educativa y tecnológica.

TABLA 3
Relaciones de dependencia entre población activa y población pasiva
(Año 2000 y proyección 2030)

	Año 2000	Año 2030
Dependencia menores de 14	72,9	42,6
Dependencia mayores de 60	11,8	15,9
Dependencia total	84,8	58,5

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Instituto Nacional de Estadística (INE) y Huenchuan (2009).

Sin embargo, está claro que las personas adultas mayores en Bolivia viven presionadas por resolver los problemas de subsistencia, lo que las induce a estar en plena actividad incluso habiendo sobrepasado los 60 años o más.

En ese marco, debe tomarse en cuenta que a la fecha dentro del universo de adultos mayores existe una proporción mayoritaria de personas que se dedican a actividades por cuenta propia, lo que incluye áreas como el comercio y la agricultura, situación que es fiel reflejo de la acumulación de adversidades que, con el tiempo, golpean a una mayoría de personas que llegan a esa edad⁵.

Según datos del INE/UNFPA (2003) a principios de siglo la agricultura acogía a un 60 % de las personas adultas mayores, seguida por el comercio 13 %, y la industria manufacturera que alcanza al 8 %. El resto se dedica a actividades en el campo de los servicios y otros.

⁵ Un 80% de las personas adultas mayores trabajan en actividades por cuenta propia (88% en el área rural y 65% en el área urbana). La condición de obrero o empleado llega al 14%, mientras que sólo el 3% es patrón o empleador. El restante 4% está dedicado a actividades familiares sin remuneración. Dicho esto, el dato numérico sólo ilustra referentes poblacionales, pero puede ser ajeno a la realidad factual.

Por supuesto que la agricultura, la pecuaria y la pesca son actividades predominantes en el mundo rural, mientras que en el área urbana, son los servicios y el comercio que, como es previsible, son impulsados preferentemente por mujeres que ejercen labores asalariadas en esferas del mundo doméstico y familiar (al respecto, ver las referencias más completas y actuales que presenta el capítulo 3).

Todo lo expuesto significa un gran reto al país para asegurar una continua participación, actividad económica y salud para las personas mayores de 60 años a fin de evitar esta relación de dependencia y aprovechar al máximo el llamado bono demográfico que Bolivia tiene en la actualidad.

1.5 ACTIVIDAD Y ROLES DEL ADULTO MAYOR

1.5.1 El rol activo de las personas adultas mayores en la economía familiar

Los aspectos antes mencionados muestran tendencias cuyo análisis no puede excluir aspectos asociados con la vida privada, condicionada por la relación emocional y práctica que se da entre miembros de la familia, teóricamente unos en situación de actividad y otros de inactividad.

Por las características socioeconómicas de la población boliviana, aquí las personas adultas mayores siguen ejerciendo funciones económicas productivas, lo cual contradice en muchos sentidos la idea comúnmente aceptada de que las personas mayores dejan de ser activas o que no contribuyen a la economía. En segunda instancia, una proporción importante de los hogares en Bolivia dice tener como jefe de hogar a un adulto mayor de 60 años (el 17% de los hogares bolivianos), dato que se acrecienta al interior de esta propia población, en la que el 63% era reconocido como jefe de hogar (INE, 2001)⁶.

⁶ Mientras que el 25% declaraba ser esposo/a de los/as jefes/as de hogar y un 11% eran padres/madres o suegros/as de los/as mismos/as. En el Censo 2001 también se confirmó la presencia de personas adultas mayores en calidad de hermanos/as de los jefes de hogar, o como "otros parientes".

Este hecho cuestiona la idea de que las personas adultas mayores son sujetos pasivos, situación que seguramente es menos probable aún en grupos más pobres o que no figuran en el sistema de pensiones y, por lo tanto, necesitan seguir generando recursos no sólo para ellos, sino para sus dependientes, o que los que consiguen por aquella vía requieren ser complementados aún después de la jubilación.

Al respecto, los datos del informe INE/UNFPA (2003), muestran que la tasa de participación en actividades económicas por parte de los adultos mayores varones asciende a 61 % y de las mujeres mayores a 33 %. Según datos disponibles, en este campo debe observarse que de un total de 342.663 hogares cuyo jefe es una persona de esta edad avanzada, cerca de 66.814 (20 %) son hogares tri-generacionales, es decir, compuestos por el padre o la madre, los hijos y los nietos, donde se destaca no sólo la responsabilidad del adulto mayor, sino probablemente la dificultad de los grupos de edades activas para lograr su autonomía económica, aspecto que termina alentando la migración de la población en edad de trabajar.

Nuevamente, este problema nos remite a otro de escala mayor que tiene que ver con la incapacidad del país para absorber de manera organizada su amplia energía laboral. Pero también revela problemas sociales que este escenario entraña y que tienen que ver con la aparición de síntomas de desapego y violencia intergeneracional de parte de hijos o nietos (u otros parientes cercanos) que consideran que las personas adultas mayores son un peso que se suma a los que ya tienen y, por otra parte, una obligación sin réditos materiales dado su escaso aporte monetario al hogar. O, al contrario, se trata de problemas que exponen las relaciones de dependencia de hijos desempleados respecto a personas adultas mayores que, en varios casos, se han convertido en el sostén de sus familias. Como se ha visto en los medios de comunicación, en varios casos, los hijos u otros parientes no tienen escrúpulos para apropiarse de los recursos de los mayores, llegando incluso a quitarles la vida⁷.

⁷ Según el Centro de Orientación Socio Legal para el Adulto Mayor (COSLAM), entre el 2005 y 2010 hubo 7.527 casos de denuncias de maltrato y agresión a personas adultas mayores en La Paz.

“Yo he trabajado cuando era joven, construyendo caminos y escuelas. Por ejemplo, para esa escuela he hecho adobes, mi esposo ha puesto las ventanas, las puertas y las calaminas. Pero ahora ya no valoran todo lo que he trabajado cuando era joven. Más bien los del sindicato nos han dicho ‘aquellos que no vienen a trabajar, los que no ponen cuotas, les vamos a quitar su terreno...’ y no es justo. Yo pido al Gobierno justicia, que ya no ocurra esto”.

DOÑA MARÍA NICOLASA, DE 75 AÑOS, ES VIUDA Y VIVE EN LA PAZ, BOLIVIA. TRABAJÓ AL LADO DE SU ESPOSO DESDE MUY JOVEN, CONSTRUYENDO CAMINOS Y ESCUELAS PARA CONTRIBUIR AL DESARROLLO DE SU COMUNIDAD. AHORA SIENTE QUE SU ESFUERZO NO ES VALORADO, PORQUE EL SINDICATO AGRARIO DE SU COMUNIDAD QUIERE DESPOJARLA DE SUS TIERRAS POR NO CUMPLIR CON EL TRABAJO COMUNAL, A PESAR QUE ELLA TRABAJÓ EN SU JUVENTUD.

1.6 FENÓMENOS MIGRATORIOS Y ADAPTACIÓN DEL ROL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

Las personas mayores que hoy viven en Bolivia, en muchos casos, han sido migrantes (en gran parte del occidente al oriente del país y del área rural hacia la urbana), en búsqueda de mejores oportunidades. Hoy en día, sin embargo, esta realidad tiene un agravante muy importante respecto a las relaciones de cuidado⁸ que comienzan a cobrar importancia en la escena pública, entre otras cosas, debido a los nuevos fenómenos migratorios que se están produciendo a escala internacional y que, a diferencia de lo que ocurrió antes, ahora, son protagonizados sobre todo por mujeres, obligando a las familias en los países de origen a adoptar “estrategias adaptativas” frente a la ausencia de la madre⁹.

8 El cuidado remite a “la gestión y mantenimiento cotidiano de la vida y la salud, mediante el desarrollo de actividades de atención directa a las personas en situación de dependencia” (niños, ancianos y enfermos) permitiendo “que las estructuras económicas [y productivas] funcionen” a largo plazo (Pérez Orozco, 2009: 2).

9 En los últimos años se ha desarrollado una metodología para medir el llamado Índice del Cuidado. Se trata de un recurso que permite observar la cantidad de personas que se requiere para cuidar a dependientes, según el tramo de edad en el que éstas se encuentren y considerando que el cuidado es una función culturalmente designada a las mujeres. Sobre esa base, en un estudio sobre Bolivia se ha establecido que la dependencia senil (más de 75 años) en Bolivia es de 0,3, es decir, que sobre la población potencialmente cuidadora recaen tres unidades de cuidado, con lo que se ratifica el lento envejecimiento de la población (Jiménez, 2009).

En efecto, apelando nuevamente a la relación compleja y dinámica entre poblaciones activas e inactivas, el siglo XX puso sobre alerta a la mano de obra femenina de los países del sur, alentándola a migrar para cubrir las necesidades de cuidado que comenzaron a surgir en las sociedades desarrolladas, entre otras razones, porque la longevidad comenzó a prolongarse cada vez más. Abierta esa cantera, las mujeres del sur ofertaron a las familias de esos países servicios de cuidado remunerados, que pueden ser adquiridos como bienes de mercado.

Mientras esas necesidades se resuelven por esa vía, en los países expulsores de población femenina surgen problemas relativos a la ausencia materna. Por lo que se ha visto hasta ahora, la familia se adapta a la migración materna apelando a las adultas mayores que, en su calidad de abuelas, vuelven a retomar la jefatura de los hogares, asumiendo el reto de restablecer los medios de sociabilidad familiar (Salazar et al, 2010)¹⁰. Según un estudio de migrantes de Bolivia hacia España, 69 % de ellos dejaron sus hijos menores de edad, de los cuales 27 % queda bajo la tutela de los abuelos (ACOB/AMIBE 2010).

“Siempre he criado a mis hermanos, mis hijos y ahora a mis nietos. De la gente de mi edad, muchos estudiaban y migraban. Pero no colaboran con el que se queda. Ahora, la gente se va por dinero. Mi hijo mayor se fue a España y dejó a su mujer y sus tres hijos atrás. Esta situación fue muy dura para la familia”.

DOÑA PRIMITIVA, DE 67 AÑOS, PROVENIENTE DE SANTA CRUZ DE LA SIERRA, ES MADRE DE DIEZ HIJOS (TRES MURIERON JÓVENES) Y VARIOS NIETOS. ELLA ES RESPONSABLE DEL CUIDADO DE TRES SOBRINO-NIETOS DESDE QUE SUS SOBRINOS VIAJARON A ESPAÑA Y, ADEMÁS, CUIDA A SU PADRE DE 86 AÑOS. PRIMITIVA NO LOGRÓ TERMINAR LA EDUCACIÓN PRIMARIA DADO QUE TUVO QUE TRABAJAR PARA CRIAR A SUS HERMANOS MENORES. SE CAPACITÓ COMO PARTERA COMUNITARIA Y HA ASISTIDO A MÁS DE 400 PARTOS EN SU COMUNIDAD. PRIMITIVA VIVE EN UN PUEBLO EN LAS AFUERAS DE LA CIUDAD DE SANTA CRUZ DONDE ELLA ESTIMA QUE 30 % DE LA POBLACIÓN ESTÁ EN ESPAÑA. MUCHOS DE ELLOS HAN DEJADO A SUS HIJOS CON LOS ABUELOS, MAYORES DE 70 AÑOS.

¹⁰ Dentro de los hogares tri-generacionales, el 2001 se observaba que el 32 % tenía a una mujer de edad avanzada como jefa de familia.

Para las personas mayores, retomar la experiencia de la jefatura de hogar implica lidiar con las expectativas de las nuevas generaciones de las que son usualmente ajenas, debido a las transformaciones que se vienen produciendo en la identidad juvenil. Pero también supone volver a la administración de recursos domésticos y materiales muchas veces fruto de su propio trabajo, y la designación de nuevos roles entre los miembros de la familia a su cargo, a veces sin que su autoridad sea reconocida por ellos, o porque la ejercen con violencia contra los nietos, en ambientes familiares conflictivos, como pudo observar Ferrufino (2007) en su trabajo sobre los costos humanos de la migración. Además de obligar el retorno de las personas mayores a responsabilidades de cuidado económico, social y cultural, esta situación crea una carencia de cuidadores para los propios adultos y adultas mayores.

Esta realidad ratifica el hecho de que la identidad de las personas adultas mayores en Bolivia, como en cualquier parte del mundo, está sujeta a los vaivenes sociales, económicos y culturales del resto de la población. Pero también ratifica la tensión existente entre Estado y mercado respecto a las necesidades de protección y cuidado que surgen en la población y, por lo señalado en anteriores páginas, sin que hasta ahora haya sido posible trascender el carácter privado de estas funciones.

Eso quiere decir que no ha sido posible extraer el cuidado de las relaciones de mercado para ponerlas bajo una responsabilidad compartida entre la familia, la comunidad y el Estado. Dicha interacción permitiría paliar las desigualdades entre quienes son beneficiados por los valores subjetivos y emocionales que entraña esta práctica y quienes son ajenos a ella, no sólo porque carecen de medios, sino porque, inclusive, a pesar de estar en tramos de edad que requieren cuidado, como ocurre con los niños y las personas mayores, más bien deben proporcionarlo a los otros¹¹.

Dada esta carencia, el cuidado no es reconocido como un derecho, tanto de quienes lo demandan como de quienes lo ofertan. En este último

11 Casi el 100% de los nietos, bajo el cuidado de personas mayores, es menor de 24 años, especialmente en rangos de corta edad.

caso se asume que ejercerlo también debería ser una opción libremente tomada y no, como ocurre ahora, forzada por las circunstancias estructurales que caracterizan a nuestro país. Frente a esta situación, está claro que en lo que respecta a la práctica del cuidado que ejercen las personas adultas mayores, el problema radica en la falta de instituciones que se orienten tanto a su protección como a la de los niños, en un caso ofreciéndoles los medios necesarios para vivir la vejez con dignidad y, en el otro, para que la responsabilidad que supone sustituir a los padres en la crianza de los hijos, sea asumida con apoyo público¹².

Ahora bien, este panorama tiende a tornarse más complejo por la heterogeneidad demográfica del país y que, en lo que respecta a la relación rural-urbana, pone en alerta sobre la situación del grupo poblacional más vulnerable de la sociedad boliviana, compuesto por personas adultas mayores que viven en el campo, especialmente en las zonas del sur andino.

En afinidad a lo planteado hasta aquí, un problema reaparece con toda su relevancia: la estructura económica y productiva en el país condiciona los modos a partir de los cuales los grupos activos enfrentan sus necesidades y, a partir de eso, reposicionan también la función de los grupos dependientes, según las motivaciones que surgen en cada contexto.

En ese marco, los datos muestran que el 14 % de las personas adultas mayores vive en hogares unipersonales, sobre todo en el área rural que, particularmente en el occidente del país, viene expulsando a población joven y, por lo tanto, dejando en el abandono a los dependientes, especialmente personas mayores que, en este caso, se ven obligados a cuidar de sí mismos¹³.

12 Al respecto, valga una nueva referencia: sólo un 0,4% de la población adulta mayor en Bolivia recibe atención institucionalizada, a diferencia de lo que ocurre en Uruguay donde este dato sube al 3%. En todo caso, este es un tema que amerita un debate en torno a la co-responsabilidad entre el Estado y las familias en torno al cuidado de las personas mayores.

13 En Bolivia, 42% de las personas adultas mayores vive en hogares nucleares, mientras que 40% lo hace en hogares extendidos y 14% en hogares unipersonales. Finalmente, sólo 3,5% vive en hogares compuestos en los que se incluyen miembros no familiares, (INE/UNFPA, DFID y HelpAge Internacional, 2004).

1.7 PERSONAS ADULTAS MAYORES Y HETEROGENEIDAD DEMOGRÁFICA

1.7.1 Dinámicas departamentales

La tabla 4 muestra la enorme heterogeneidad de la población boliviana en medio de las transiciones demográficas desiguales que confronta. Como puede apreciarse, los datos más altos de fecundidad se encuentran en Potosí y Pando, situación que, en este contexto, puede ser atribuible tanto a factores culturales relativos al sistema de género imperante en sociedades más pobres como Potosí, así como a las necesidades de una sociedad joven y en crecimiento, como es la pandina.

Los problemas de pobreza en Potosí se reflejan en sus tasas de mortalidad, que son las más altas del país. En cambio, Tarija y Santa Cruz se orientan en sentido contrario, dato que refrenda su liderazgo económico y productivo en el país y que, en este caso, se complementa, además, con una mayor esperanza de vida al nacer. A estos departamentos les sigue con cierta cercanía Beni (salvo en el dato de la fecundidad global) y Pando, y con ellos forman, en su conjunto, la parte oriental y sur del país.

TABLA 4
Indicadores demográficos según departamento (2010)

	LPZ	CBBA	SCZ	ORURO	CHUQ	PT	TJA	BENI	PANDO
Tasa de fecundidad (%)	3,04	3,29	3,19	3,09	3,74	4,20	2,99	3,95	4,10
Tasa de mortalidad Infantil (%)	41,38	44,64	34,95	49,85	43,98	58,87	34,35	38,07	39,66
Tasa de mortalidad (%)	7,72	7,82	5,51	9,14	7,96	10,61	6,04	6,09	5,86
Esperanza de vida (años)	66,69	65,15	68,72	63,59	65,49	60,98	68,97	67,53	66,95
Tasa de crecimiento de la población	1,46	2,05	2,89	0,75	1,52	0,53	2,45	1,72	3,65

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE), 2010

En base a esos aspectos, es comprensible que éstas sean regiones con mejores tasas de crecimiento poblacional, especialmente en Santa Cruz y Tarija que reúnen todas las condiciones para ello. En el caso de Beni, a pesar de tener indicadores positivos, su crecimiento es menor probablemente por el escaso desarrollo de estructuras productivas modernas que no sólo permitan contener a la población, sino también atraer inmigrantes.

De todos ellos, el departamento que más resalta en crecimiento es Pando, a un ritmo del 3,65 % anual, atribuible a sus altas tasas de fecundidad global, que se complementa con su tasa de mortalidad infantil, entre las más bajas del país. Como es previsible, Potosí y Oruro ocupan los últimos lugares en crecimiento poblacional.

En base a esta fotografía, es posible prever que las tendencias de envejecimiento de la población sean también diferenciadas y, sobre todo, que las personas adultas mayores experimenten su realidad de una manera muy desigual según el departamento donde vivan.

Hipotéticamente, los datos estarían mostrando que a Tarija y Santa Cruz les espera pronto un proceso de transición demográfica, en la que se acelere el crecimiento en número de personas mayores de 60 años por una mejor calidad de vida que ambos ofrecerían, aspecto que redundaría en la esperanza de vida.

Debe recordarse que, entre 1976 y 2001, en Santa Cruz, la cantidad de personas adultas mayores se ha triplicado (de 29.872 a 94.551). Por los datos relativos a fecundidad y mortalidad infantil, eso no quiere decir que se vayan a enfrentar, por lo menos no en el corto tiempo, con problemas de sustitución intergeneracional.

En su caso, un beneficio en torno a ello será una mayor disponibilidad de poblaciones activas, hecho que requerirá, sin embargo, de emprendimientos suficientes para satisfacer las necesidades de empleo y de servicios que ello implica. Si esto es así, se tendrá que considerar el lugar que Pando está ocupando en la transición demográfica, en un contexto en el que la dependencia económica tiene su referente sólo en actividades agrícolas sin capacidad de conversión industrial.

En el otro lado del espectro, Potosí y Oruro son los referentes de una transición demográfica que camina hacia el vaciamiento poblacional, siguiéndoles de cerca Chuquisaca y La Paz. Eso quiere decir que, en estos casos (y probablemente Beni), se está confrontando con una especie de inconsistencia entre poblaciones activas e inactivas, mediadas por la migración interna o transnacional.

Si esto es así, está claro que el crecimiento poblacional de Santa Cruz, Tarija y, sobre todo Pando, se debe a la presencia de grupos en edades activas que provienen de occidente donde, por cierto, la relación intergeneracional comienza a advertir una proporción creciente en favor de las personas adultas mayores, agravando las posibilidades de desarrollo económico de las personas adultas mayores a nivel local y regional¹⁴.

La tabla 5 da cuenta de ello. En ella se observa que en Potosí, la población adulta mayor es superior proporcionalmente si se la compara con el resto de los departamentos, con un 9,6 %, compartiendo con Oruro, Chuquisaca, La Paz y Cochabamba. Mientras tanto, Pando se ubica en el otro extremo, con una población adulta mayor de 3,9 %, acompañado por Santa Cruz, Beni y Tarija que presentan índices inferiores a la media.

TABLA 5
Proporción de adultos mayores por departamento (2001)

Departamento	Proporción (%)
Potosí	9,6
Oruro	8,7
Chuquisaca	8,2
La Paz	7,9
Cochabamba	7,4
Promedio Bolivia	6,8
Tarija	6,3
Beni	4,9
Santa Cruz	4,7
Pando	3,9

Fuente: Elaboración propia en base a Instituto Nacional de Estadística (INE).

¹⁴ Como se muestra en el Informe Nacional sobre Desarrollo Humano en Bolivia (PNUD 2010), la presencia colla (aymara y quechua) en Santa Cruz suma casi el 26% de los inmigrantes, en Pando 20,6% y en Beni 19,2%.

Observando la tabla 6 tenemos un dato adicional. En ella se puede apreciar la composición por edad del grupo de personas adultas mayores. En todos los casos, el grupo de 60 a 69 años es predominante, destacándose el hecho de que, nuevamente, Pando presenta, dentro de esta población, un 63 % del total, tendencia que es seguida por Santa Cruz donde este grupo compone el 58 %. En el otro extremo están Cochabamba, Chuquisaca y Potosí en los que las personas adultas mayores de 80 años son más porcentualmente que en el resto de los departamentos, con el 15 %, 14 % y 13 %, respectivamente.

En términos relativos, Pando muestra, por lo tanto, personas adultas mayores más jóvenes, aspecto ratificado por el hecho de que el grupo de 80 años y más representa tan sólo el 8 % mientras que los que tienen entre 60 y 69 años, alcanzan el 63 %.

TABLA 6
Porcentaje de adultos mayores según grupo de edad,
por departamento (2001)

Grupos de edad	CHUQ	LPZ	CBBA	ORURO	PT	TJA	SCZ	BENI	PANDO
60-69	51	54	51	52	51	55	58	54	63
70-79	35	34	34	36	36	33	31	34	29
80 y más	14	12	15	12	13	12	11	12	8
Total	100								

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Instituto Nacional de Estadística (INE).

1.8 DESIGUALDAD ENTRE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

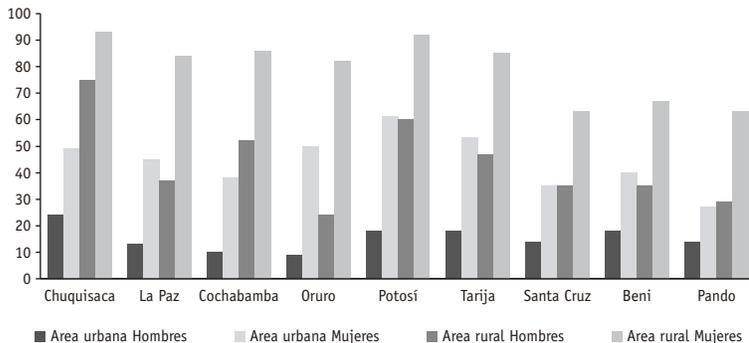
Finalmente, vale la pena poner en evidencia la desigualdad existente entre las personas adultas mayores en el país. En relación a ello, los datos de 2001 muestran que las mayores tasas de analfabetismo de estos grupos están en Potosí y Chuquisaca, como resultado del escaso desarrollo de instituciones para la integración social (como la educación) que se han

dado en ambos departamentos y que afectan sobre todo a las mujeres que se ven privadas, entre otras cosas, de recursos educativos para demandar sus derechos ciudadanos.

En 2001, en Potosí, el analfabetismo femenino de mujeres de 60 años y más alcanzaba el 85,3 %, mientras que en Chuquisaca este dato era de 77,8 %. Ambos departamentos también muestran los peores índices en cuanto a nivel de instrucción.

En cambio, otra vez, los datos más auspiciosos en materia de alfabetización se encontraron en Santa Cruz (INE, 2003). Respecto al nivel de instrucción, La Paz y Cochabamba ostentan las mejores referencias en el nivel de educación superior, sin lugar a dudas, como resultado del empuje que ésta tuvo en estos dos departamentos durante el siglo XX, es decir, mientras estas poblaciones estaban en la edad de formarse profesionalmente.

GRÁFICO 6
Analfabetismo en la población adulta mayor



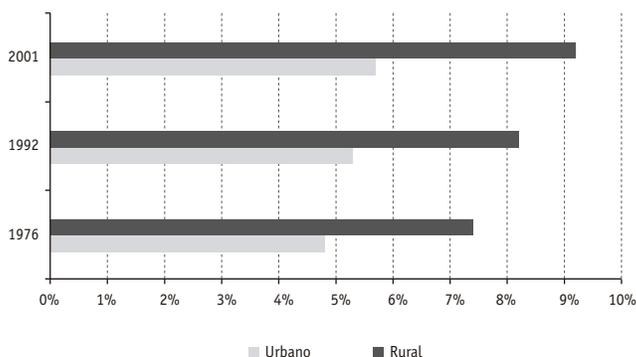
Fuente: INE/UNFPA, 2003

1.9 DESIGUALDAD ESTRUCTURAL RURAL-URBANA

Dentro de las desigualdades estructurales que más peso histórico tienen en el país se encuentra la relación entre el campo y la ciudad. A los aspectos que ya se conocen, interesa agregar los que involucran a las personas adultas mayores, bajo la referencia de que el crecimiento de esta población en el área rural ha sido superior al ocurrido en el área urbana: entre 1976 y 2001, de 7,4% a 9,2% (1,8 puntos) y de 4,8 a 5,7% (0,9 puntos), respectivamente.

Sin lugar a dudas, esta situación se debe a la creciente urbanización de la sociedad boliviana, debido al movimiento de poblaciones jóvenes y activas que se dirigen, desde el campo a la ciudad, atraídas por imanes sociales, económicos y culturales que contrastan con su realidad campesina. Este desplazamiento se debe al deterioro de las condiciones sociales de la población en el área rural, especialmente, en la zona occidental del país y lleva a una expansión de la franja de personas adultas mayores en relación a los grupos intermedios que tienden a migrar de sus lugares de origen (gráficos 8 y 9).

GRÁFICO 7
Distribución porcentual de la población adulta mayor según área y censos (1976, 1992 y 2001)

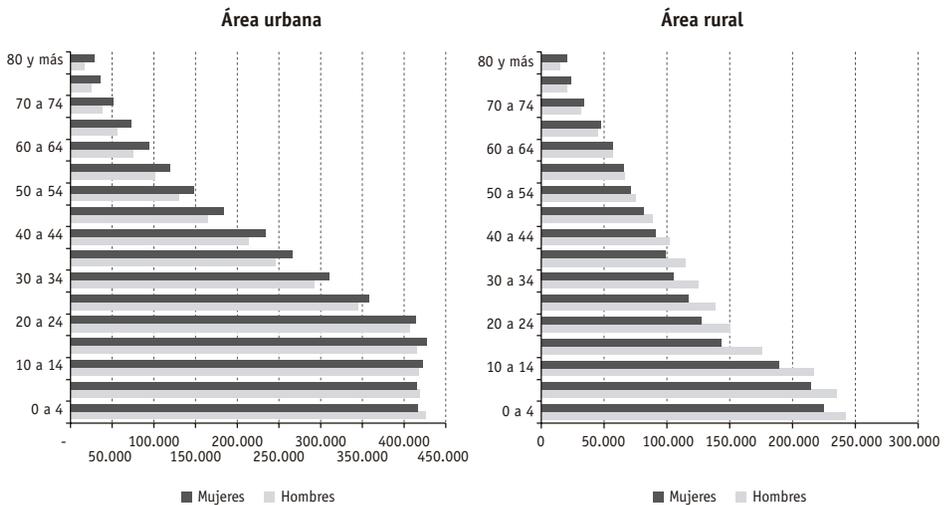


Fuente: Elaboración propia en base Datos Instituto Nacional de Estadística (INE).

Debido al abandono de la vida campesina por parte de los/as jóvenes se está produciendo la des-ruralización de la zona occidental del país, hecho que Mazurek (2009) identifica con especial interés en los departamentos de Potosí y Chuquisaca, con inevitables consecuencias en la disminución de la superficie cultivada y de las capacidades de diversificación que, a la larga, atentan de manera dramática contra el sistema alimentario nacional.

Detrás de ello, por supuesto, están las fallidas políticas de desarrollo rural que no lograron detener el flujo migratorio campo-ciudad, sino que lo acentuaron. A ello se debe agregar la falta de referentes culturales en pro de la vida agrícola, que se ve disminuida, porque no forma parte de las aspiraciones actuales de los/as jóvenes en busca de actividades de mayor prestigio, en general vinculadas con la intelectualización¹⁵.

GRÁFICOS 8 Y 9
Pirámides poblacionales según área (Proyección 2015)



Fuente: Elaboración propia en base a INE/CEPAL y UNFPA, 2005

¹⁵ Según se conoce, en 1996, casi el 14% de la población ocupada en las áreas rurales estaba inserta en actividades no agropecuarias, mientras que para 2007 este porcentaje creció al 25% (Ormachea, s.f).

El segundo problema surge a partir de la situación de las personas adultas mayores en el campo que, debido a la ausencia de mano de obra joven, se ven obligados a asumir sus actividades productivas sin el apoyo familiar que necesariamente éstas demandan y, por lo tanto, sin la rotación de responsabilidades que caracteriza la actividad agrícola. Esto, al final, termina privando a los grupos que se quedan en el campo de una gestión local de recursos eficiente, lo que hace que la dinámica del empobrecimiento sea abrumadoramente circular y sin salidas, salvo las que ofrece la migración (Mazurek, 2009).

En este escenario, las personas adultas mayores son ajenas a las funciones que alguna vez tuvieron en las comunidades rurales y en sus esquemas de cohesión social, hoy en franco proceso de deterioro. Su situación problematiza, pues, el lugar que hoy ocupan en ellas.

Ahora bien, esbozados los grandes desafíos que el país debe afrontar respecto a su heterogeneidad demográfica, bosquejemos una mirada en torno a las desigualdades existentes entre las personas adultas mayores, aspecto que entraña tanto variables de género como étnico-culturales.

1.10 INTEGRACIÓN SOCIAL Y DESIGUALDAD ÉTNICA-CULTURAL

Como bien está señalado en el Informe de Desarrollo Humano de Bolivia (PNUD, 2010), en el país persisten desigualdades crónicas que se remontan a las condiciones en las que cada persona nace y que se prolongan, acumulándose, durante el resto de la vida. Las evidencias más significativas de la desigualdad se hallan al combinar la condición étnica y el área geográfica (urbana o rural) con la de género, relación que abarca un conjunto de brechas que se van ampliando, por ejemplo, si se compara el acceso a la educación entre hombres no indígenas (residentes en las ciudades) y mujeres indígenas (residentes en el campo).

Partiendo del hecho de que la plataforma educativa es la base de la integración social futura, el punto que desarrollaremos a continuación

se inspira en un estudio sobre género y etnicidad realizado por Cadena (1992), que establece que los hombres de origen campesino, al beneficiarse de un sistema de género inequitativo, cuentan con mayores recursos materiales y subjetivos para integrarse socialmente al mundo urbano. Este hecho redonda, a su vez, en una inevitable transición cultural en pro de su mestizaje, apuntalado por valores más generales propios de la construcción del Estado boliviano. Bajo esa perspectiva, en el mundo indígena, a diferencia de las mujeres, son los hombres los que tienden a mestizarse más, es decir, a asumir su pertenencia en una escala de alcance más universal, lo cual se refuerza por su acceso al servicio militar que les permite un mayor grado de *bolivianización*. A partir de esto, la autora concluye que las mujeres “son más indias”, connotando con ello sus menores posibilidades de mestizarse, porque se quedan en el campo, en un contexto sin embargo, en el que la migración femenina rural-urbana no había alcanzado los grados que tiene actualmente.

Dos referentes son centrales para las consideraciones que al respecto hace esta autora: el primero, referido al hecho de que el mestizaje ayuda a lograr fuentes laborales no agrícolas, lo que querría decir que la condición indígena está estrechamente vinculada al trabajo manual que exige la tierra.

Aquí, habrá que recordar que, según el censo de 2001, más del 60 % de las personas adultas mayores en Bolivia realizaba actividades agrícolas. El segundo está vinculado, nuevamente, con el problema educativo que es, junto al trabajo, el soporte de inserción social, económica y cultural de los sujetos.

Al respecto, según el mismo censo, el 47 % de las personas adultas mayores era analfabeto, dato que se incrementaba para el área rural al 66 % y peor, entre mujeres campesinas, al 85 %. Siguiendo con estas referencias, sin embargo, las peores vuelven a encontrarse en Potosí departamento en el que el analfabetismo femenino rural superaba el 90 %.

“En el campo no hay muchas oportunidades de progresar por eso me vine a la ciudad. Si me hubiese quedado en mi pueblo no hubiese podido tener mi anticrético y tampoco hubiese podido ayudar a mi hijo cuando se ha casado. Mi nuera también se ha ido a España para ganar más dinero, yo me he quedado a cargo de mis nietas, pero ya ha llegado después de 4 años. Viven bien nomás porque se ha traído plata, pero su hogar, ahora, ha quedado mal, porque mi hijo se ha conseguido otra mujer en este tiempo”

DOÑA ALBERTA VILCA, DE 61 AÑOS, ES ORIGINARIA DE CHALLAPATA, POBLACIÓN ALTIPLÁNICA UBICADA EN ORURO. ELLA DEJÓ SU CASA A LOS 15 AÑOS CON EL PROPÓSITO DE TRABAJAR EN LA CIUDAD, GANAR SU PROPIO DINERO Y AYUDAR A SUS PADRES Y HERMANOS QUE SE QUEDARON EN EL CAMPO. CUANDO LLEGÓ A LA CIUDAD SU PRINCIPAL OBSTÁCULO FUE EL IDIOMA, PORQUE NO SABÍA HABLAR CASTELLANO, SÓLO QUECHUA. SIN EMBARGO, EMPEZÓ A TRABAJAR DE NIÑERA Y COCINERA PARA GANAR DINERO.

Lo que debe observarse aquí, sin embargo, es que estos datos dan cuenta de los déficits ciudadanos existentes en momentos en que, quienes hoy son personas adultas mayores, vivieron su infancia, adolescencia y juventud, remontándonos con ello al periodo en el que el Estado recién comenzaba a establecer políticas de universalización educativa, al calor de las demandas de ciudadanía que trajo la Revolución de 1952.

De la misma manera, nos remontan también a las condiciones en las que se desarrolló esta política, en el marco de una institucionalidad plagada de precariedades, especialmente en el área rural que, al final, terminaron derivando en una migración rural-urbana, no sólo motivada por razones económicas, sino también culturales.

En ese marco, que exista la tendencia al crecimiento de la proporción de personas adultas mayores en el campo no es sino una evidencia de los escasos recursos para la movilidad social, de los que fueron dotados debido a su pobreza, pero también a la poca capacidad del Estado por absorberlos cuando éstos eran plenamente activos.

Con esos argumentos, en la situación de las personas adultas mayores de origen campesino indígena, especialmente femenino,

confluyen las adversidades de un desarrollo productivo que, ya se dijo, tiende a deteriorarse cada vez más, y de una disposición cultural que también ha sido postergada.

En este escenario, esta situación bien puede reforzar la idea, entonces, de que las mujeres indígenas y adultas mayores, desde los argumentos que se plantean aquí, están menos integradas, es decir, menos mestizadas. En el mundo indígena, esta situación es planteada en términos metafóricos, cuando al aludir a los más viejos, se menciona que son personas paralizadas (no se mueven) y que, por lo tanto, tienden inevitablemente a “quedarse”, entendiéndose que en el horizonte de los más jóvenes, es decir, de los grupos activos, la ciudad está adelante y, junto a ella, mayores oportunidades de vida a las que entienden, además, en sentido ascensional, es decir, escalando paso a paso hacia arriba (Salazar y Barragán 2002). Dicho esto, está claro que las motivaciones para la movilidad social se arraigan sobre todo en los jóvenes que encuentran mayores oportunidades de inserción laboral y cultural que las personas mayores. Eso en términos generacionales. En términos de género, esto se cruza con el hecho de que en las zonas rurales más pobres del país prevalezcan más mujeres (entiéndase, adultas-mayores) poco equipadas culturalmente para migrar hacia las ciudades y para lidiar con su racionalidad.

En buena cuenta eso ha permitido que se produzca una especie de redistribución natural de la tierra que es abandonada por algunos a favor de otros, en este caso, las mujeres campesino-indígenas, que sin embargo acceden a ella cuando se ha descapitalizado y ha dejado de ser un insumo para la movilidad social.

“Cuando llegas a la ciudad del campo se pierden las costumbres. Por ejemplo, para carnavales en mi pueblo festejábamos de otra forma, salíamos a la calle con serpentina tocando instrumentos, yo tocaba el charango, bonito era. Aquí no es así. Hasta tienes que dejar de hablar aymará, porque cuando he llegado no sabía hablar castellano, pero a

la fuerza he tenido que aprender, porque sino cómo iba a hablar con la gente. Ni mis hijos y nietos saben aymará, yo he querido enseñarles, pero no quieren, más bien quieren aprender inglés”.

DOÑA JUANA AJATA, DE 60 AÑOS, MIGRÓ HACE MÁS DE 30 AÑOS BUSCANDO MEJORES OPORTUNIDADES DE VIDA DESDE UNA POBLACIÓN CERCANA AL LAGO TITICACA HACIA LA CIUDAD DE LA PAZ. VIVE SOLA, PERO TIENE DOS HIJOS Y CUATRO NIETOS QUE LA VISITAN REGULARMENTE. ELLA SE SIENTE BIEN PERO, A VECES, TIENE NOSTALGIA DE SU PUEBLO POR LAS COSAS QUE VIVIÓ Y QUE HACÍA, Y QUE EN LA CIUDAD YA NO PUEDE REALIZAR, PORQUE SIENTE QUE HAN SIDO OLVIDADAS.

1.11 CONCLUSIONES

Los aspectos esbozados en este capítulo llevan a ratificar la idea de que los fenómenos poblacionales no están ausentes de los modelos de desarrollo vigentes en las sociedades y que, por eso mismo, pueden ser objeto de una intervención más explícita por parte de los Estados que están en busca de una sociedad más equitativa.

A partir de esa consideración básica, un aspecto central en el contexto boliviano es la enorme ventaja que aún ofrece su estructura poblacional, porque en ella se hace presente un conglomerado joven, con una gran disponibilidad para el trabajo, y que está a la espera de ser reclutado para ello, en el marco de las finalidades colectivas que la sociedad y el Estado convengan. Sin embargo, como se advierte en el capítulo, esta ventaja demográfica está a punto de diluirse, debido al aceleramiento del envejecimiento poblacional iniciado a fines del siglo XX.

Por lo tanto, es importante generar políticas públicas que logren romper la transferencia de la pobreza y la desigualdad de una generación a la otra y lograr que las desigualdades no persistan en el tiempo, ni a medida que la persona envejece.

Sobre esta base, un gran dilema para el país son las consecuencias de un desarrollo desigual, tanto en lo que concierne a la relación rural-urbana, como a la que existe entre regiones del oriente y occidente.

Como se ha visto, de ello resultan procesos migratorios que, a la larga, tienen implicaciones en la calidad de vida de las personas adultas ma-

yores, las más de las veces dejados a su suerte o, en otras, asumiendo responsabilidades que no han elegido, por ejemplo, relativas al cuidado de otras personas.

Es importante, por lo tanto, asegurar que los logros de una etapa de la vida no se borren con la discriminación por edad o por las generaciones menores que obligan a la persona en edad avanzada a volver a entrar en la vida económica y social bajo condiciones poco favorables. Las políticas públicas tienen que asegurar un desarrollo equitativo durante toda la vida y para todas las edades.

De todo ello, los aspectos más problemáticos están en la situación actual de las personas adultas mayores que, debido a las condiciones en las que se desarrolla el país, se ven envueltas en una serie de necesidades que demandan la prolongación indefinida de sus capacidades para aportar a la economía familiar.

Por eso, en el país no es posible asumir que la edad de inicio de la vida pasiva comienza a los 60 años, como se presume en las estadísticas internacionales. Un poco más allá, sin embargo, la peor situación la enfrentan las personas adultas mayores que viven en el campo, donde además, las mujeres son las menos aventajadas. A pesar de ello, aún cumplen tareas productivas en un contexto de gran precariedad material e institucional en el que prevalecen factores que imposibilitan una real y sostenida integración social, económica y cultural.

En los próximos capítulos se dará mayor cuenta de ello cuando se consideren temas de salud e ingresos económicos de las personas adultas mayores, en ambos casos con referentes explícitos de las asimetrías que se han retratado hasta aquí de manera general.

BIBLIOGRAFÍA

ACOBEL/AMIBE (2008). “Situación de Familias de Migrantes a España en Bolivia”. La Paz.

CEPAL (2010). “Población y salud en América Latina y El Caribe: retos pendientes y nuevos desafíos”. Comité Especial para la Población y el Desarrollo. Santiago de Chile.

CADENA, Marisol de la (1992). “Las mujeres son más indias: Etnicidad y género en una comunidad del Cusco. Estudios y Debates”. Centro de Estudios Regionales Andinos “Bartolomé de Las Casas”. Cusco.

FERRUFINO, Claudia; FERRUFINO, Magda y PEREIRA, Carlos (2007). “Los costos humanos de la emigración”. CESU-UMSS. Cochabamba, Bolivia.

HUENCHUAN, Sandra (Editora. 2009). “Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas”. CEPAL/CELADE. Santiago de Chile.

INE/CEPAL/UNFPA (2005). “Proyecciones de Población Urbana y Rural por Departamento, Sexo y Grupos de Edad 2000-2030”. La Paz, Bolivia.

INE/UNFPA (2003). “Bolivia: Situación sociodemográfica del adulto mayor. La Paz.

INE/UNFPA/DFID y HELPAGE INTERNATIONAL (2004). “Características socioeconómicas de la Población Adulto Mayor”. Encuesta de Hogares, MECOVI 2002. La Paz, Bolivia.

JIMÉNEZ, Elizabeth (2009). “Organización Social de los Cuidados en Bolivia”. Documento de Trabajo- CIDES-INSTRAW. La Paz, Bolivia.

MAZUREK, Hubert (2009). “Migraciones y dinámicas territoriales”. En, CIDES-UMSA, *Migraciones contemporáneas. Contribución al debate*. Editorial PLURAL. La Paz, Bolivia.

ORMACHEA, Enrique. “Soberanía y Seguridad Alimentaria en Bolivia”. s.f. [www.cedla.org/system/files/ArtículoEOrmachea_LR.pdf]

PNUD (2010). “Informe Nacional de Desarrollo Humano en Bolivia-2010. Los cambios detrás del cambio. Desigualdades y movilidad social en Bolivia”. La Paz, Bolivia.

PÉREZ OROZCO, Amaia (2009). “Miradas globales a los cuidados y el desarrollo: ¿por un derecho al cuidado?”, en Roosta, Manigeh, *Población y Desarrollo*, CIDES-UMSA, 25 aniversario. La Paz, Bolivia.

SALAZAR, Cecilia y BARRAGÁN, Rossana (2002). “Acceso y permanencia de las niñas rurales en la escuela. Departamento de La Paz”. Ministerio de Educación y Culturas. La Paz, Bolivia.

SALAZAR, Cecilia; JIMENEZ, Elizabeth y WANDERLEY, Fernanda (2010). “Migración, cuidado y sostenibilidad de la vida”. CIDES-INSTRAW, Colección 25 Aniversario. Plural Editores. La Paz, Bolivia.

2

Heterogeneidad, desigualdad
y derechos en salud de las
personas adultas mayores

María Dolores Castro Mantilla

MARÍA DOLORES CASTRO MANTILLA

Es colombiana-boliviana. Antropóloga con estudios de doctorado en Ciencias del Desarrollo y sub-especialidad en Identidades y Cultura. Es consultora, investigadora y actualmente trabaja como investigadora y docente en el Pre-grado y Postgrado del CIDES (Investigación del Desarrollo) de la Universidad Mayor de San Andrés en Bolivia.

Durante su vida profesional se ha especializado en análisis del ámbito social con experiencia en diseño, monitoreo y evaluación de proyectos orientados al impacto. En el campo científico ha desarrollado propuestas de investigación sociocultural, innovación de metodologías participativas con fines educativos y de investigación. Tiene experiencia en docencia en áreas de antropología, género y etnicidad a nivel de licenciatura, maestría y doctorado.

Durante más de 15 años ha sido consultora e investigadora en las áreas de salud, género, cultura, derechos, incorporando enfoques de etnicidad e interculturalidad. Estas han sido trabajadas para instituciones estatales, organizaciones no gubernamentales y organismos internacionales.

2.1 INTRODUCCIÓN

“Además de los derechos reconocidos en esta Constitución, todas las personas adultas mayores tienen derecho a una vejez digna, con calidad y calidez humana”.

(Artículo 67. CPE, 2009)

Si se considera que la salud es un derecho fundamental y que el Estado es el principal garante para su ejercicio pleno, entonces habría que abordar la salud desde un enfoque de derechos. Este enfoque nos lleva a pensar cuáles son las acciones que se implementan para permitir dicho ejercicio, y qué mecanismos existen para poder exigirlos. De la misma manera, un enfoque de derechos permite dar cuenta de la diversidad o heterogeneidad y la desigualdad dentro del sistema de salud.

La salud es un derecho básico reconocido por diferentes instrumentos internacionales. Estas normas ponen en vigencia el acceso universal a la asistencia sanitaria. A partir de la Resolución del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (2000), se establece la aplicación progresiva del derecho a la salud para las personas adultas mayores, lo que conlleva diversas obligaciones para los Estados, entre las cuales está una asistencia sanitaria disponible, accesible, aceptable y de calidad, así como el deber de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena realización del derecho a la salud.

A escala internacional existe el *Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento (2002)* que señala que la atención en salud, el apoyo y protección social de las personas mayores, incluidos los cuidados preventivos, deben ser responsabilidad de los Estados. También rige el *Plan de Acción sobre la Salud de las Personas Mayores Incluido el Envejecimiento Activo y Saludable (2009)* destinado a fortalecer las oportunidades de la longevidad sana. Ambos instrumentos nos proveen de un marco de referencia para el manejo de la salud de la persona adulta mayor.

Si bien en Bolivia hubo importantes avances en cuanto a políticas y programas públicos para atender la salud de las personas mayores, este capítulo, siguiendo las tendencias expuestas en la introducción, revisa la situación de salud de las personas adultas mayores tomando en cuenta las desigualdades entre el área urbana y rural, entre mujeres y hombres, y los factores que determinan la exclusión de la población mayor en Bolivia.

Esta sección se organiza en tres ejes de discusión que toman en cuenta la heterogeneidad y la desigualdad en el acceso a los servicios de salud, visibilizando los avances y los retrocesos en este campo. Estos ejes son: la caracterización de la salud de las personas adultas mayores y la respuesta del Estado; el acceso y la exclusión en materia de salud; y la importancia de la diversidad étnica¹ en la salud de las personas mayores.

Tomando en cuenta que la información estadística y cualitativa sobre la situación de salud de las personas adultas mayores es escasa, este acápite es un abordaje preliminar que permite ver los avances y desafíos, pero sobre todo pretende convocar, a partir de la lectura, a una audiencia interesada en este tema a proponer y/o realizar investigaciones que aporten con información sobre ausencias o vacíos que puedan ser dejados en este capítulo.

2.2 CARACTERIZACIÓN DE LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES Y RESPUESTA DEL ESTADO

2.2.1 Situación actual de salud de las personas adultas mayores

Como otros países de América Latina, Bolivia enfrenta el reto de incidir en la oferta y demanda en salud a fin de lograr la inclusión de todas las personas adultas mayores en condiciones de bienestar social, físico y psicológico.

¹ Diversidad étnica se refiere a los diferentes grupos étnicos reconocidos en el país. De acuerdo con el INE 2001 existen en el país más de 30 grupos étnicos.

Los cambios generados por la transición demográfica, por la que el país tuvo un 2,74 % de crecimiento de la población adulta mayor en un lapso intercensal de 10 años (INE 1992-2001), conllevan también una transición epidemiológica que se caracteriza por pasar de una alta prevalencia de enfermedades infecciosas y una elevada mortalidad materna e infantil a un aumento de las enfermedades no transmisibles (ENT)², sobre todo de tipo crónico (Naciones Unidas, 2007, citado en Huenchuan, 2009).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que para el año 2006, 34 % del número de años de vida perdidos en Bolivia se debieron a enfermedades no transmisibles, 55 %, a enfermedades transmisibles (incluyendo en este grupo las causas maternas y las que se presentan durante el periodo perinatal y las deficiencias nutricionales) y 11 % a lesiones (OMS, 2008).

Entre las enfermedades no transmisibles más relevantes y en expansión se encuentran los males cardiovasculares, tales como isquemia del corazón, accidente cerebro vascular, hipertensión arterial y otras como la diabetes mellitus.

En este sentido, el Ministerio de Salud y Deportes (MSD) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) mencionan que, hoy, no es raro encontrar personas mayores de 80 años que requieran atención especial y adecuada, no sólo de un geriatra, sino más bien de sus médicos de primer contacto: médico general, familiar, internista y otros profesionales (MSD/OPS 2009).

Así, si a las precarias condiciones sociales, la desigualdad económica, el débil desarrollo institucional, los sistemas de protección social de baja cobertura y calidad, sumamos que el sistema no está preparado para asistirlos, es posible que se produzca una presión adicional sobre los servicios por el crecimiento probable de la morbilidad o de la discapacidad por la edad (Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, OPS/OMS).

2 "Las ENT surgen de una transición epidemiológica la misma que encuentra su causal en: el desarrollo y los cambios de vida que conllevan (hábitos de vida por ejemplo), el envejecimiento de la población; a medida que se alarga el ciclo de vida, aparecen alteraciones físicas del funcionamiento del cuerpo y favorece la aparición de enfermedades" (Estrategia Regional HelpAge 2011).

La siguiente información caracteriza la situación actual a partir de algunos indicadores³. En Bolivia, no hay información sobre la mortalidad de las personas adultas mayores ni sobre la mortalidad específica, mientras a nivel mundial y en América Latina, dos de cada tres muertes son atribuibles a las ENT y las restantes a las enfermedades cardiovasculares⁴.

Pese al déficit de información, lo que sabemos es lo siguiente:

- Hay una mayor prevalencia de ENT, especialmente hipertensión arterial, enfermedades respiratorias, articulares, diabetes, desnutrición, anemia, infecciones urinarias, problemas dentales, alteraciones de la visión, traumatismos⁵ y otras enfermedades degenerativas como cáncer, accidentes cerebro-vasculares y también tuberculosis (MSD 2005). En cuanto a ceguera y baja visión en Bolivia, la incidencia de catarata es del 3 % en la población general y 40 % en la población mayor de 60 años⁶.
- Hay una reducida funcionalidad cognitiva, especialmente en cuanto a la memoria, que es la función que más alteraciones tiene, mientras la vida cotidiana se desarrolla en buenas condiciones en más del 80 % de las personas⁷.

3 Las fuentes revisadas fueron la Encuesta de Hogares (MECOVI 2002), Encuesta Abierta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE/OPS 1999). Informe no publicado de HelpAge sobre Municipio Saludable y Vejez (Dusseau, 2004) y Datos provenientes de un estudio comparativo entre Bolivia y Perú llevado a cabo por HelpAge en el 2001 (Citado por Dusseau 2004).

4 PAHO, www.paho.org/English/AD/DPC/NC/reg-strat-cncds.pdf. De acuerdo con el Plan Sectorial de Salud las principales causas de muerte de las personas mayores son las enfermedades cardiovasculares, cáncer (principalmente estómago y próstata) enfermedades digestivas como cirrosis e infecciones respiratorias, con tasas de mortalidad específicas de 1491, 1395, 515 y 315 defunciones por cada 100.000 mil personas adultas mayores respectivamente (Plan Sectorial de Salud 2010).

5 No se cuenta con un registro único de ENT en Bolivia. Esta información viene de un estudio "Municipio Saludable y Vejez" realizado por HelpAge International (Dusseau 2003).

6 www.miradasolidaria.org

7 El concepto de salud en las personas adultas mayores se define fundamentalmente en términos del mantenimiento de la funcionalidad y de la autonomía cuyos componentes principales son movilidad y función neurocognitiva. (Dusseau 2004). En los Protocolos de Atención del Seguro de Salud –SSPAM- se incluye la valoración de la funcionalidad medida por las actividades de la vida diaria, las actividades instrumentales de la vida diaria, la marcha y equilibrio (MSD 2009)

- Hay una dieta poco variada (se carece especialmente de proteínas y productos frescos) y un bajo consumo de alimentos en la vejez, muchas veces a causa de restricciones económicas. Entre un 33 % y un 42 % de personas mayores dijeron haber pasado hambre (Dusseau 2004).
- A pesar de que la salud mental es un problema creciente, no se encuentra información estadística relevante al respecto. La encuesta MSV identificó que un 20 % de personas mayores tenía una alteración en el desarrollo de su vida diaria, en particular debido a problemas cognitivos y de memoria⁸ (Dusseau 2004).
- En América Latina, la prevalencia de Alzheimer en las personas mayores de 60 a 64 años es de 0.8 %, mientras que en las personas mayores de 85 años llega a más de 30 %. Por otro lado, en Bolivia no se cuenta con cifras estadísticas que den cuenta de este problema.
- Se conoce poco sobre la conducta sexual en las personas mayores y generalmente el foco de interés está en las disfunciones sexuales. Una disfunción sexual puede estar ligada a otros factores como diabetes mellitus, demencia, artritis, enfermedades cardiovasculares o uso de medicamentos (Programa Nacional de SSR, 2008-2015).

TABLA 1
Frecuencia de enfermedades diagnosticadas
(según las personas mayores)

Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje de la muestra
Presión alta	332	12,1%
Enfermedades articulares	579	21,1%
Diabetes	92	3,3%
Problema dental	348	12,7%
Próstata	38	1,4%
Vesícula	33	1,2%

Fuente: Encuesta MSV, 2001

⁸ En 2001, 60 % de los casos de demencias se presentaron en los países en vías de desarrollo (el Alzheimer en particular que representa el 66 % de todas las demencias). En América Latina, la prevalencia de Alzheimer en las personas mayores de 60 a 64 años es de 0,8 % mientras que llega a más de 30 % en las personas de más de 85 años. No hay razón para pensar que, en Bolivia, no se encuentre prevalencias elevadas en las personas mayores (The prevalence of dementia worldwide, ADI, 2008).

Otros problemas que impactan sobre la salud de las personas mayores son los vinculados con la violencia, el abuso, y con precarias condiciones de saneamiento básico.

Sin embargo, es necesario reiterar la poca información disponible sobre este grupo poblacional en las estadísticas de salud. No existe un registro único de ENT que identifique a las personas mayores y tampoco existen datos estadísticos que muestren la nutrición de las personas mayores, porque el énfasis está casi exclusivamente en la niñez. Por ejemplo, las estadísticas sobre cáncer del cuello uterino no incluyen a edades por encima de los 64 años. De igual forma no hay mayor información sobre la salud mental de las personas mayores, a pesar de que su deterioro implica una carga social y de cuidado fuerte para las familias y en particular para las mujeres. Adicionalmente, en muchos casos las estadísticas y perfiles de salud no gozan de una desagregación suficiente por edad o por género para poder focalizar una atención diferenciada de salud a esta población.

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS A FAVOR DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

Como gran parte de los países de América Latina, Bolivia asumió y ratificó el compromiso de cumplir con los derechos establecidos en diferentes instrumentos internacionales, generando mecanismos legales, institucionales y operativos para su aplicación.

En los últimos 15 años, estos esfuerzos se han transformado debido a distintos procesos que han tenido que ver con la inclusión en la cobertura de salud, dentro de los objetivos macro de reducción de la pobreza (las reformas estructurales de los años noventa, enfoques de pobreza y desarrollo) con nuevos paradigmas en salud y población (Alma Ata 1978, Cairo 1994, ODM 2000) y con los cambios político-sociales y culturales en el país a partir de 2003.

La exigencia cada vez mayor de aplicar modelos sociales inclusivos en salud, llevó al cuestionamiento de los enfoques verticales, medicalizados y excluyentes que postergaron el cuidado de la salud de varios sectores de la población de escasos recursos y con limitada protección social, entre ellos las personas mayores.

A ello se sumó el hecho de que las altas tasas de morbilidad materna e infantil, consideradas las más altas de América Latina, concentraron la atención de las políticas públicas y el financiamiento en salud en las madres y los niños.

En este periodo se ha buscado modificar esta situación con políticas que, sin abandonar los programas materno-infantiles, promuevan servicios integrales y holísticos a otros sectores. A pesar de estos avances, el país enfrenta enormes desafíos para un cambio más estructural en su sistema de salud y que, en el caso de las personas mayores, se complejiza por los cambios demográficos y epidemiológicos que requieren respuestas más rápidas y oportunas.

En los últimos años, la inclusión de las determinantes sociales y culturales en el contexto de salud, ha planteado la necesidad de abordar la violencia y el abuso como parte de los retos de salud de las personas adultas mayores. Del mismo modo, los derechos sexuales y reproductivos que incluyen a este sector de la población, se expresan también en las normativas nacionales.

Las principales políticas del Estado boliviano hacia las personas adultas mayores son:

- **Constitución Política del Estado (2000):** Determina que toda persona tiene derecho a la vida y a la integridad física, psicológica y sexual. En el Capítulo V, denominado “Derechos Sociales y Económicos”, Sección VII, artículos 67, 68 y 69, se expresan los Derechos de las Personas Adultas Mayores, incluyendo la prohibición y sanción a toda forma de maltrato, abandono, violencia y discriminación a las personas adultas mayores;
- **Seguro de Salud para los Adultos Mayores (SSPAM):** (Ley 3323, DS 28968 de 2006) Instrumento intersectorial entre el municipio, la

comunidad y los servicios de salud que otorga el acceso gratuito de todas las personas adultas mayores que no cuentan con otro seguro de salud;

- **Modelo de Atención al Adulto Mayor:** Se enmarca en el programa de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) DS 29601 de 2008, orientado a satisfacer las necesidades y demandas de la persona, la familia y la comunidad. Toma en cuenta el enfoque del ciclo de vida, el cual reconoce que el envejecimiento es un proceso que empieza al nacer. Todas las etapas de la vida son interdependientes y las personas mayores no forman un grupo homogéneo;
- **Plan Nacional de Salud Integral para las Personas Adultas Mayores:** Es el instrumento gerencial para la atención de esta población en el sistema del Seguro Social para la cual existe un **proyecto del nuevo Plan de Acción sobre la Salud de las Personas Mayores (PENSAM 2010-2015)** que incluye un nuevo enfoque de “Envejecimiento Activo y Saludable⁹”;
- **Ley 2028 de Municipalidades (1999):** Establece que los gobiernos municipales deben contribuir al pago de prestaciones de salud a la niñez, a las mujeres, a la tercera edad, a los discapacitados y a la población en general, mediante mecanismos privados y públicos de otorgamiento de cobertura y asunción de riesgos colectivos.

El marco legal citado se inserta en el Plan Nacional de Desarrollo que introduce políticas que reivindican la pertinencia cultural y el valor de los servicios sociales, particularmente de salud y educación, para que respondan a los objetivos y estrategias del *Vivir Bien* a cumplirse hasta el 2015. El Plan Sectorial de Salud 2010-2020 plantea la salud universal, que incluye al sector público, el seguro social de corto plazo y la medicina tradicional.

Otros marcos legales son el Código de Seguridad Social (artículo 9, 36, 66) sobre rentas por vejez, seguro por enfermedad y las deducciones para

⁹ El envejecimiento activo refiere al proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida, a medida que las personas envejecen. (Estrategia Regional HelpAge 2011)

los regímenes de salud. También está la Ley 1674 sobre violencia contra la familia o doméstica, en su artículo 10 (agravantes) que incluye la protección especial para víctimas mayores de 60 años y la Ley 1886 sobre derechos y privilegios en beneficio de los ciudadanos bolivianos de 60 o más años, aunque ésta tenga un sesgo fuertemente urbano en su implementación y aplicación.

2.3.1 Respuesta del Estado frente a las necesidades en materia de salud

Hay importantes avances en las políticas públicas para responder a las necesidades de salud de las personas mayores considerando, la inclusión, la igualdad, la equidad y la interculturalidad. Los planes, normas, protocolos e instrumentos de los últimos años responden a las preocupaciones de las personas adultas mayores. Sin embargo, estas normativas no se cumplen plenamente ni han sido socializadas de manera suficiente. Subsisten patrones que actúan como barreras y, sobre todo, persiste la exclusión en el área rural. La concentración de la atención al adulto mayor está en la Caja Nacional de Salud (CNS) y hay poca difusión y conocimiento en la población sobre la posibilidad que tienen las personas mayores de ser atendidas en otros servicios públicos.

Como se verá en el siguiente acápite, contar con información estadística y con más intervenciones para mejorar la oferta de servicios y fortalecer la demanda, son tareas pendientes y necesarias. Necesitamos estadísticas diferenciadas que permitan analizar la situación de personas mayores con respecto a las ENT, la mortalidad, la salud mental, la salud sexual y reproductiva (SSR) y otras.

De igual manera, pese a que las políticas nacionales reconocen la importancia de la atención primaria de salud (APS)¹⁰ como parte de

¹⁰ La APS ha sido una política central de la OMS desde 1978 con la adopción de la Declaración de Alma Alta (India) asumida y refrendada por los países y sus normativas. Los principios fundamentales se cifran en el acceso universal a la atención y cobertura en función de las necesidades, adhesión a la equidad sanitaria, participación de la comunidad en la definición y aplicación de las agendas de salud y enfoque intersectorial de salud.

los derechos a la salud, y pese a que las actividades desarrolladas de educación y prevención han mostrado éxito en la reducción de enfermedades prevalentes y transmisibles, son muy débiles e insuficientes en su aplicación.

2.4 ACCESO Y EXCLUSIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD

La salud y los cuidados de las personas mayores involucran al Estado, a la sociedad en general, particularmente, a las familias. Esta sección analiza, por un lado, la oferta del Estado e identifica los factores que influyen en el acceso a dicha oferta. Aborda, también, otras alternativas de cuidados de la salud provistos a las personas adultas mayores.

2.4.1 Acceso a servicios de salud

Prestaciones sanitarias

La oferta del Estado a la población adulta mayor se concentra principalmente en los establecimientos públicos y las cajas nacionales. Para el año 2007, el Sistema Nacional de Salud (SNS) contaba con 3.145 establecimientos; de ellos, el 80 % pertenecía al subsector público y el 91 % al primer nivel de atención. A su vez, los establecimientos de salud de segundo y tercer nivel se encontraban principalmente en los subsectores públicos y de seguridad social.

En el caso particular del segundo nivel se puede apreciar que los establecimientos de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) abarcan al 38 % del total de los hospitales básicos. Las ONG, las organizaciones privadas y la Iglesia, por su parte, contaban sobre todo con establecimientos de primer nivel.

TABLA 2
Establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud - 2007

Subsector	Nivel de atención			Total	Distribución por área	
	Primer	Segundo	Tercer		Rural	Urbano
FFAA	7	1		8	38%	62%
Iglesia	96	15	3	114	25%	75%
Organismos privados	73	80	9	162	15%	85%
ONG	153	6		159	35%	65%
Público	2.412	82	29	2.523	84%	16%
Seguridad Social	134	26	19	179	37%	63%
Total	2.875	210	60	3.145	73%	27%

Fuente: Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS 2007)

Pese a la variada gama de instituciones reconocidas en los últimos años para brindar atención a las personas mayores, el hecho de que aproximadamente un 40 % de la población aún no acceda a los servicios de salud, demuestra que persisten las inequidades en el acceso.

Se ha incrementado el número de personas atendido por los servicios de salud público y privado, incluyendo la medicina tradicional. El SNIS (2007) reporta que, de un 48,6 % de personas enfermas que lograron atención en el sistema de salud en 2004, la cifra se incrementó a un 58,1 % en 2007, porcentaje que sigue siendo bajo tomando en cuenta el perfil epidemiológico de la población boliviana.

Si se precisan más estos porcentajes, sorprende el dato de que en 2004 las personas adultas mayores fueron las que más buscaron atención, situación que puede explicarse por la frecuencia y condición crónica de algunas ENT y por las políticas de aseguramiento social (seguros de vejez).

Según el INE (2004), de un total de 249.942 personas mayores que declararon sentirse enfermos o haber sufrido un accidente, cerca de la mitad (48,5 %) fueron atendidos por un personal médico calificado¹¹;

¹¹ Personal calificado se refiere a personas con formación profesional en salud y no a especialistas en geriatría únicamente (INE 2004)

21 % sólo por un familiar; 3 % acudió a una enfermera auxiliar, 2 % a “otra persona” sin formación en medicina y casi el 1 % fue atendido por un promotor de salud.

Como se observa, a pesar de la importancia del porcentaje de la atención médica calificada, todavía es baja aquella prestada por el personal de atención primaria en salud (enfermeras y promotores). La encuesta reportó que un 24 % de las personas enfermas o que tuvieron algún accidente, no acudieron a ningún tipo de personal médico u “otras personas”.

“La verdad, el seguro de salud nos está beneficiando, al menos en este municipio, porque con nuestra organización hemos logrado coordinar con el alcalde para que haga los convenios y puedan asegurarnos a todos los de la tercera edad. Ahora, tenemos atención gratuita. El adulto mayor ahora está atendido, cuando siente alguna dolencia, sin miedo puede ir al hospital para que lo atiendan de forma gratuita”.

DON GERARDO, DE 69 AÑOS, VIVE EN LA GUARDIA, SANTA CRUZ, Y ES PRESIDENTE DE LA ORGANIZACIÓN DE ADULTOS MAYORES DE ESE MUNICIPIO.

Aseguramiento social, medida de acceso e inclusión a los servicios de salud

En los últimos 25 años, el gasto sanitario ha crecido, pero en los países más pobres lo ha hecho lentamente (OMS, 2003). En el país, de acuerdo a la información general de la MECOVI (2007), el 69,41 % de la población no tiene cobertura de seguro de salud, porcentaje que es mayor en el área rural.

Bolivia es uno de los países de América Latina que ha avanzado en este terreno. Desde 1996 existe un seguro de salud para las personas mayores que se ofrece mediante convenios atención integral en todos los subsectores públicos y de la seguridad social, y otros subsectores.

No obstante, todavía un 44 % (MSD, 2009) de esta población no accede a este seguro y los gastos de bolsillo complementarios siguen siendo altos.

RECUADRO 1

Gestión del SSPAM

El Ministerio de Salud y Deportes es el responsable de elaborar y dictar las normas que rigen el funcionamiento y aplicación del Seguro de Salud para el Adulto Mayor a nivel nacional, en consulta con la Federación de Asociaciones de Municipios (FAM).

- A través de los servicios departamentales de salud, los gobiernos autónomos son responsables de cumplir y hacer cumplir las políticas de salud.
- Los gobiernos municipales financiarán los gastos operativos y de ejecución del SSPAM y el Directorio Local de Salud (DILOS) y fiscalizarán la ejecución en el ámbito de su jurisdicción.
- Las prestaciones del SSPAM están enmarcadas dentro del Código de Seguridad Social, es decir incluye: consulta médica y de especialidad, cirugía, hospitalización, exámenes de laboratorio, medicamentos, rehabilitación, A excepción de las prótesis y órtesis.
- Se incorpora y adapta al modelo de gestión de salud (SAFCI) que es descentralizado, de base municipal y participativa.
- Los beneficiarios deben tener 60 años cumplidos y registrarse en su municipio con su carnet de identidad u otro documento de identidad similar (certificado de nacimiento, bautismo, libreta de servicio militar).
- Todos los establecimientos de salud sean: públicos, de medicina tradicional, Seguridad Social, ONG, Iglesias, privados con y sin fines de lucro, pueden participar del SSPAM y pueden participar de la prestación de servicios bajo un convenio con el gobierno municipal.
- Los establecimientos de salud que prestan servicios de atención al SSPAM, deben obligatoriamente informar al MSD sobre el número de afiliados, prestaciones atendidas, cobro y pago de prima de cotizaciones.

Fuente: elaboración propia

Según el Instituto Nacional de Seguridad Social (INASES), se estimaba para el año 2007 que el 30 % de las personas mayores tenía un aseguramiento formal en el régimen del seguro social obligatorio de corto plazo. Hasta la gestión 2007, el Seguro de Vejez logró afiliar a 253.001 personas, lo que representa el 45 % de la población objetivo. Pese a la baja afiliación citada, el SSPAM es una importante alternativa para proteger a las personas mayores que no tienen ningún seguro de salud.

Fuentes del Ministerio de Salud señalan que para el año 2010 todavía un 33 % de la población no ha logrado quedar afiliada. La misma fuente indica que el SSPAM se ofrece ahora en 3.234 establecimientos de salud incluyendo seguridad social, sistema público, iglesia, privados y otros, además, de estar presente en 285 municipios cubriendo a una población total de 303.778 personas.

En la siguiente tabla podemos ver que en Cochabamba está el menor porcentaje de acceso a este beneficio, seguida por Pando y Potosí.

TABLA 3
Implementación del SSPAM

N°	Implementación			Población		
	Departamento	Municipios	%	Población objetivo	Afiliada	%
1	Chuquisaca	28	100	32.687	25.451	77,86
2	La Paz	71	88,75	104.504	98.007	93,78
3	Cochabamba	32	71,11	88.698	32.406	36,54
4	Oruro	29	82,86	14.983	10.407	69,46
5	Potosí	28	73,68	34.024	15.451	45,41
6	Tarija	11	100	25.153	23.324	92,73
7	Santa Cruz	55	98,21	124.902	84.677	67,79
8	Beni	17	89,47	21.770	12.310	56,55
9	Pando	14	93,33	3.886	1.745	44,91
	Total	285	87,16	450.606	303.778	67,42

Fuente: MSD (2010). Boletín Salud para Todos, N° 332, La Paz 27 diciembre.

Si bien el sistema de afiliación no es complicado, hay algunas dificultades en la identificación de esta población debido a que algunas personas adultas mayores no cuentan con carnet de identidad o certificado de nacimiento. Además, es difícil verificar el lugar de residencia ya que muchos no son los titulares de los servicios de luz, agua u otro, cuyas facturas sirven de comprobante y requisito para su inscripción.

Es importante tomar en cuenta que la afiliación no implica automáticamente acceder al servicio, por lo que sería importante comparar las afiliaciones con las atenciones en los servicios de salud. De esta manera se podría conocer mejor el impacto del seguro.

Es preciso, sin embargo, reconocer que el seguro de salud es una medida positiva. Su continuidad ha ratificado el compromiso estatal, lo que permite hoy saber que es visto por las personas mayores como un derecho y no como un “favor” o regalo. En este sentido, es importante resaltar el papel que ha jugado la ANAMBO, exigiendo su continuidad, pero también cuestionando su limitada cobertura y exigiendo reformulaciones.

2.4.2 Otras alternativas de cuidado

Acceso a medicamentos y servicios farmacéuticos

La observación general N°14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece que, entre las obligaciones básicas de los Estados, se encuentra facilitar los medicamentos esenciales. Asimismo, diversos organismos internacionales se han preocupado por las dificultades de acceso y disponibilidad de medicamentos para la población más empobrecida. Sólo algunos países cuentan con medidas específicas para facilitar el acceso a medicamentos en la vejez (Huenchuan, 2009).

Mediante la política de aseguramiento social, en Bolivia se establecen procedimientos y reglamentaciones para el suministro de insumos y medicamentos. Sin embargo, no se cuenta con un estudio que muestre si hay un efectivo acceso a los mismos, y si éstos son adecuados para las

necesidades en la vejez. Tampoco hay información sobre el acceso que tienen las personas mayores a las farmacias privadas, tipos de medicamentos demandados y sus costos. Una investigación del INTRA¹² señala que una de las principales quejas sobre la calidad de la atención es la falta de medicamentos adecuados a sus necesidades. Según los entrevistados/as en este estudio, el paracetamol es el medicamento más recetado independientemente de la condición de salud que tenga la persona. En este estudio también manifestaron desconfianza sobre la efectividad de los medicamentos otorgados en los servicios de salud. A raíz de ello, se percibe una preferencia por auto medicarse y/o acudir a remedios de la medicina tradicional (HelpAge, 2008¹³).

Un 95 % de personas mayores se automedica, ello se hace en base a 30 % de pastillas y el resto mediante medicina casera derivada de la medicina tradicional, uso de plantas, animales y minerales (Dusseau, 2004). Esta situación muestra que hay una necesidad de políticas y diagnósticos para explorar este tema.

Cuidados desde la familia y la comunidad

La protección frente a la necesidad de cuidado en la vejez será un desafío ineludible para las políticas públicas de las próximas décadas. El reto no es otro que atender las necesidades de las personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, necesitan apoyo para desarrollar actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía (Sempere y Cavas, 2007)

12 Respuesta Integrada de los Sistemas de Atención en Salud al Rápido Envejecimiento de la Población

13 Resumen ejecutivo del Estudio INTRA II y III realizado por el Ministerio de Salud y Deportes y HelpAge International, auspiciado por la OMS - OPS

Otras alternativas de cuidado para la salud de las personas mayores ameritan una especial atención no sólo para conocer la situación del acceso a dichos servicios, sino también para reforzar las actividades de educación y prevención comunitaria y familiar.

Según Huenchuan (2009), hay tres fuentes de cuidado en la vejez: la familia, el Estado y el mercado. Ninguna de estas instituciones tiene competencia exclusiva en ello y como resultado de ello, no siempre existe una clara división del trabajo entre la asistencia y la responsabilidad que presta cada uno.

El Latinobarómetro 2006, mencionado por Huenchuan (2009), muestra que los latinoamericanos piensan que la atención que reciben las personas mayores corresponde más a la familia que al Estado.

En Bolivia, esta responsabilidad recae principalmente en las familias o en las personas adultas mayores solas. La MECOVI (2002) reporta que la atención domiciliaria tiene un peso fundamental. Aproximadamente, un 30 % de los encuestados acude al cuidado de un miembro de la familia y hay que notar que la mayoría de estos cuidados es realizado por una persona no preparada para ofrecerlos.

Por su parte, la encuesta SABE mostró que en el año 2000, una proporción importante de personas mayores en siete ciudades de América Latina y el Caribe, recibía apoyo familiar para desarrollar actividades funcionales e instrumentales de la vida diaria. Estos datos dan cuenta de la magnitud del aporte familiar en la reproducción social de la población de edad avanzada (Huenchuan, 2009).

Las implicaciones de esta responsabilidad familiar son complejas y poco estudiadas. Estos cuidados recaen principalmente en las mujeres quienes los asumen por el rol tradicional de “cuidadoras”, a pesar de que no están capacitadas para enfrentar estos cuidados, sobre todo de personas mayores inmovilizadas físicamente o que tienen enfermedades mentales. Cuidarlas provoca estrés, desgaste físico y emocional. De otro lado, dependiendo de las exigencias que requieran los cuidados, si las familias no están preparadas o no tienen recursos económicos, pueden producirse situaciones de violencia, maltrato o abandono.

RECUADRO 2**La familia y el cuidado de las personas adultas mayores**

En América Latina y el Caribe son las familias, y especialmente las mujeres (90 %), quienes cuidan a las personas mayores, pero su capacidad de hacerlo está cambiando; 60 % de estos cuidadores señala que “no puede más” y más del 80 % indica tener problemas para “afrentar los gastos” que acarrea el cuidado. Los efectos de una transición demográfica acelerada se han hecho sentir en la disponibilidad de los recursos familiares de apoyo al reducirse el número de hijos y sus edades. Factores como la transformación de la familia, la inserción de la mujer en el mercado laboral, las migraciones y la urbanización contribuyen a afirmar que un mayor número de personas adultas mayores carecerán de estos cuidados.

Fuente: OPS/OMS (2009)

La continuidad en el cuidado implica seguimiento a la toma de medicamentos o a la culminación de tratamientos. El estudio del INTRA (HelpAge 2008) mostró que esta práctica no está consolidada, por lo que, uno de los principales problemas en la atención del personas mayores es el seguimiento y culminación de los tratamientos.

Dentro de las alternativas familiares y comunitarias, la medicina tradicional juega un rol importante, por lo que desarrollamos brevemente algunas consideraciones específicas sobre esta alternativa.

Medicina tradicional

Desde 1980, en el país se reconoce legalmente el ejercicio de la medicina tradicional, a través de la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional (SOBOMETRA). A partir de 1999, el Ministerio de Salud reconoce esta práctica y la incorpora al sistema público de salud.

El 2006, la medicina tradicional alcanzó rango ministerial con la creación del *Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad*, dependiente del Ministerio de Salud y Deportes. Esta dependencia tiene como misión fortalecer la medicina tradicional y articularla en el Sistema Único SAFCI, en un modelo de gestión y atención con enfoque intercultural, de género e inclusión social (Ministerio de Salud y Deportes, 2008).

En un estudio comparativo entre Bolivia y Perú, en 2004, se registró que un 67,2 % de los pacientes acudieron a los curanderos. (Dusseau, 2004).

“Cuando me enfermo, me curo con hierbas nomás, con eso me siento mejor. Desde mi abuela se ha quedado esa tradición, cualquier dolor que sentíamos ella nos curaba con unguentos a base de plantas. Además, cuando voy a la posta, aspirina nomás me dan, porque el alcalde no ha puesto plata para nuestro seguro”.

DON ESTANISLAO LIMACHI, DE 70 AÑOS, VIVE CON SU HIJA Y DOS NIETOS EN POROMA, CHUQUISACA. TRABAJA EN LA AGRICULTURA CULTIVANDO UNA SERIE DE PRODUCTOS PARA VENDERLOS EN LA CIUDAD. A VECES, EL ESFUERZO QUE REALIZA AL TRABAJAR, LE OCASIONA MOLESTIAS EN LOS MÚSCULOS. CUANDO ESTO SUCEDE, ÉL NO RECURRE A UN MÉDICO, SINO A LA MEDICINA TRADICIONAL, PORQUE CREE QUE LO HACE SENTIR MEJOR.

El estudio INTRA (HelpAge 2008) muestra que la mayoría de las personas adultas mayores en Bolivia tiene una concepción de salud y bienestar que responde a una cosmovisión y un entendimiento más holístico de salud, que contrasta directamente con el modelo biomédico. Además, debido al costo de los servicios, las personas adultas mayores buscan una solución “nativa” o “casera”. El mismo estudio muestra la división entre las enfermedades que pueden ser curadas por la medicina tradicional y las que pueden ser atendidas por el biomédico. La medicina tradicional es vista como un servicio más integral, que toma en cuenta todos los elementos relacionados. En cambio, se tienen experiencias negativas con la atención en la salud pública vinculadas a los tiempos de espera, procedimientos, calidad del servicio y disponibilidad de medicamentos.

El cuadro adjunto resume las principales enfermedades que los especialistas tradicionales atienden, particularmente de niños/as y personas mayores:

Medicina tradicional	Especialistas	Enfermedades o atenciones	Rituales o ceremonias	Elementos
Práctica basada en la cosmovisión andina y amazónica	Kallawayas, jampirís, yatiris, parteros/as, ipayes, chamanes	Físicas (infecciones, parásitos, trastornos hepáticos, renales, traumatismos, desnutrición, alergias y problemas de piel. Espirituales (causadas por entes malignos o castigos de la pachamama) Psicológicas (mal de ojo, trastornos nerviosos) Emocionales (rayo, susto, mal viento)	Milluchada (sacrificio), Goarada y pichoada (limpiezas) lectura de la hoja de la coca (adivinación), llamada de ánimo (susto). Rogativas a dioses cristianos y ancestrales (Tata Inti: sol; Mama Killa: luna; Pacha Mama: madre tierra; achachilas y apus: montañas; riutas: cráneos humanos. Altares o mesas blancas y dulces	Minerales (milla, plata); plantas(góa, coca, hierbas); objetos (fotos, ropas, lanas de colores, velas); animales (fetos de llama, grasa de animales)

Fuente: Elaboración propia - OPS-OMS (1999) Sistemas de Salud Tradicionales en América Latina y el Caribe.

Aunque la medicina tradicional forma parte de las ofertas, todavía no está plenamente incorporada al sistema público. Sigue siendo considerada como una “alternativa” y no como una oferta central. Por otro lado, se ha aplicado estrategias integracionistas y culturalistas, sin que exista un verdadero enfoque intercultural efectivo. También se observa que se subrayan aspectos generales de la medicina tradicional y no sus particularidades. Por ejemplo, se vincula la medicina tradicional con la herbolaria y no se incorporan los rituales o los aspectos gnoseológicos y etiológicos que tienen que ver con el contexto cultural.

Todo ello contribuye a reforzar las barreras culturales, económicas y de idioma que las personas adultas mayores enfrentan al acceder a un servicio de salud amigable, que sea apropiado para ellas. Dichas barreras están particularmente en áreas rurales y entre los distintos grupos étnicos.

2.5 FACTORES DE EXCLUSIÓN EN SALUD

De acuerdo a los resultados del estudio de la caracterización de la exclusión de la salud en Bolivia (UDAPE-OMS/OPS 2004), el 77 % de los ciudadanos está excluido de los servicios sanitarios con una incidencia mayor en poblaciones del altiplano y valles rurales. Un 60 % de esta exclusión se debe a factores externos entre ellos: la educación de las mujeres; las barreras económico-financieras asociadas a la pobreza; la ruralidad; la dispersión poblacional que dificulta la llegada de la oferta; el origen étnico; la informalidad en el empleo, dado el modelo de aseguramiento formal; y, la calidad de la vivienda, que incide en el riesgo de contraer enfermedades transmisibles por vectores, como el chagas y la malaria. Los factores internos corresponden al restante 40 % y son la calidad de la atención, la fragmentación y la segmentación.

Adicionalmente hay un gasto estatal considerable de recursos en la seguridad social contra un bajo porcentaje de población afiliada. A esto se suma la escasez y mala distribución de recursos humanos, sobre todo en el área rural donde más de la mitad de los establecimientos de salud están bajo la responsabilidad de auxiliares de enfermería y en algunos casos sólo de promotores de salud.

Los siguientes factores siguen jugando un rol predominante en la exclusión de la salud, de las personas adultas mayores:

- Pobreza y analfabetismo;
- Alto índice de dependencia;
- Alta dispersión poblacional y baja accesibilidad geográfica;
- Inserción laboral prolongada;
- Migración campo – ciudad;
- Percepción social negativa del envejecimiento;
- Exclusión del ejercicio al derecho de ciudadano;
- Negligencia y abandono.

“Los médicos SAFCI han venido y nos han dicho que no es su especialidad atender a los viejos, entonces yo les he dicho: ¿Qué clase de médicos son?”

JUAN QUISBERT, DE LA COMUNIDAD DE KONANI, EN SICA SICA.

2.5.1 Barreras económicas para acceder a la salud

El estudio de Huenchuan (CEPAL 2009), menciona que las condiciones económicas deficientes perjudican el acceso a los servicios de salud. Las dificultades para acceder a la atención en salud aumentan a medida que disminuye el nivel socioeconómico de las personas mayores. La proporción de personas mayores que no se atendió por razones económicas varía de un 11 % en Chile, un 17 % en El Salvador, a un 48 % en Bolivia.

Según los datos del Instituto Nacional de Estadística, INE, el 63 % de las personas adultas mayores de Bolivia vive en pobreza o extrema pobreza, el 59 % lo hace con menos de 1 dólar al día. Tan sólo el 23 % del total de personas adultas mayores cuenta con algún tipo de jubilación. Ante esta situación, son las familias quienes pagan directamente el costo total o parcial de las prestaciones de servicios de salud, lo cual representa un gasto considerable. Éste llega a abarcar el 6 % del gasto total del hogar (Plan Sectorial de Salud 2010).

El gasto en salud puede acentuar la pobreza cuando se convierte en lo que se denomina “gasto catastrófico”, es decir, cuando abarca más del 10 % de los gastos del hogar. A nivel nacional, 53 % de los hogares reportó un gasto de bolsillo menor al 10 %, mientras que 13 % de los hogares dio cuenta de un gasto catastrófico en salud. En todos los subsectores de salud se presentan pagos provenientes de los hogares.

Para las personas mayores, este gasto oscila en un promedio de Bs 122 mensuales, distribuidos entre: hospitalización 54 %, medicamentos 20 % y servicios médicos 27 % (Dusseau, 2004).

Es importante notar que la Renta Dignidad (ver capítulo 3) ha ayudado a aliviar el gasto de bolsillo en las personas mayores y, con ello, su acceso

a la salud. Sin embargo, no hay estudios en profundidad que muestren el impacto preciso de este beneficio. Como se menciona en el capítulo 3, la Renta Dignidad y los bonos que le antecedieron, han sido claves para mejorar el ingreso de las personas mayores e inclusive en muchos casos, la participación de la Renta es mayor frente a otras fuentes de ingreso.

A partir del análisis de micro-simulación con los ingresos de la Renta, este mismo capítulo muestra que la inversión en salud ocupa un segundo lugar en los gastos personales.

2.5.2 Desigualdad urbana/rural en el acceso a la salud

Los resultados más destacados de la caracterización de la exclusión social en salud muestran que el índice medio de exclusión para un conjunto de países de la región andina, incluyendo Bolivia, es de 0.287, lo cual indicaría que la población en las zonas rurales tiene un alto riesgo de exclusión, como fue expresado por el Presidente de ANAMBO en Bolivia:

“Precisamente entre ayer, la semana pasada y hoy, he estado reunido con una cantidad bastante considerable de adultos mayores que representan al nivel departamental, de las veinte provincias, todas adultos mayores de El Alto y adultos mayores de la Hoyada, que llamamos nosotros. Evidentemente tienen diferente estatus, digamos, porque el adulto mayor del campo, el adulto mayor agrario, campesino, tiene una vivencia diferente que el del área urbana.

En el área urbana tiene ciertas facilidades, cierto apoyo de sus mismas organizaciones para poder cumplir con las medidas que se adoptan para los adultos mayores. Pero ¿qué pasa con el adulto mayor que está lejos?; ¿fuera del alcance de las disposiciones? Porque nosotros estamos pendientes y somos dependientes de nuestras organizaciones, como son las gobernaciones y los municipios. Los municipios manejan los recursos para los adultos mayores en diversos temas, especialmente,

salud. Y, lamentablemente, esas instancias... los municipios no están dando cumplimiento a la ejecución plena del seguro de salud para el adulto mayor. Tenemos tres niveles de atención. Dentro de esos tres niveles de atención, apenas, en el 80 por ciento de los municipios han llegado a hacer convenios con el primer y segundo nivel. ¿Qué pasa con el tercer nivel? Tenemos adultos mayores que viven en lugares que realmente no tienen ni acceso a una movilidad... entonces, no pueden trasladarse. Y los municipios ni siquiera se preocupan de crear una instancia, una oficina... o un “defensor del pueblo” en esos lugares... donde puedan ver la situación, la realidad del adulto mayor. Ese es el problema real”.

CARLOS LOZA, TIENE 70 AÑOS, ES PRESIDENTE DE ANAMBO DESDE 2008.

En promedio, el 47 % de la población de los países de América Latina se encuentra excluida de la protección social en salud, y es sobre todo la población pobre y residente en zonas rurales (entre 60 % y 80 %) y que forma parte de la fuerza laboral, caracterizada como informal (68 %). Además, se encontró que existe un alto grado de asociación negativa entre el nivel de pobreza y la condición de aseguramiento en salud (UDAPE – OPS 2004).

Como fue mencionado en el capítulo 1, entre las desigualdades estructurales que más peso histórico tienen en el país está la relación rural/urbana con consecuencias en un deterioro de las condiciones de reproducción en el campo. Si se toma en cuenta que la mitad de la población de personas adultas mayores vive ahí, la situación resulta precaria.

“La comunidad Las Cruces a 12 Km. de Porongo, El Magüey a unos 6 Km. Surutubia, y Potrerito son más cercanas. Si en esas comunidades un anciano se enferma, no avisan, no tiene cómo, tiene que venir en persona. La ambulancia va gratuita si está desocupada o una movilidad, un expreso a 50 o 60 pesos”

ADULTO MAYOR, PORONGO, 2008

Los establecimientos de salud de primer nivel están en áreas rurales y periurbanas, pero la casi totalidad de los hospitales generales y los institutos especializados (tercer nivel de atención) se concentran en las grandes ciudades. De igual manera, los establecimientos de la seguridad social son predominantemente urbanos, una condición que restringe la atención en las zonas rurales del país.

A ello se suma como agravante la falta de confianza de la población rural en promotores, enfermeras auxiliares y postas de salud, pues muchas veces éstos no están capacitados o no cuentan con los recursos e insumos básicos para atender.

De acuerdo con los resultados del INTRA (HelpAge 2008) en el área rural, la percepción de la importancia de cuidar la salud en la vejez está íntimamente ligada a la exigencia del trabajo físico. Ser saludable en la vejez es equivalente a poder trabajar y esto significa realizar las actividades que implica el trabajo del campo.

Las principales barreras, identificadas por el estudio INTRA (HelpAge 2008), para acceder a servicios de salud incluyen:

- **Económica.** La población mayor del área rural es la más pobre del país y como hasta ahora el seguro de vejez no ha sido implementado en áreas rurales, tiene que pagar las consultas y los medicamentos. A esto se suma el costo del transporte para trasladarse a un centro de salud, además del alojamiento y la comida cuando están fuera de sus hogares.
- **Ausencia de centros de salud cercanos y pobre calidad caminera.** Lo cual implica que las personas mayores deben caminar grandes distancias, muchas veces en condición precaria;
- **Cultural.** En su mayoría, las personas mayores hablan su lengua de origen, en tanto que los prestadores de salud, por lo general, se expresan en castellano y las prescripciones para tratamientos sólo vienen en este idioma;
- **Calidad de atención.** La percepción negativa que se tiene de los servicios de salud como mala atención, maltrato y discriminación, desmotivan el uso de los mismos.

Todo ello suele postergar la atención en salud de manera que enfermedades o condiciones simples, que podrían haberse solucionado a nivel primario, se agudizan hasta exigir una intervención más complicada y/o costosa.

Por otro lado, el Censo 2001 mostró que una cantidad importante de personas mayores (492.237 personas) no tiene partida de nacimiento y no puede acceder a ningún beneficio. Las más afectadas por esta carencia de documentos son las mujeres y las personas del área rural.

Otro estudio muestra que las necesidades en salud en el área rural son altas y contrastan con la poca atención recibida: por ejemplo, el 92,5% no ha consultado nunca a un oculista, el 76,6% no ha visto nunca a un dentista y un 98% no ha consultado a un especialista del oído (Dusseau, 2004).

En los últimos años, la migración como fenómeno que transforma los roles en dinámicas sociales y familiares, también acarrea daños a las condiciones de vida de las personas mayores del área rural. No se conoce todavía cuáles son los impactos que la migración tiene sobre la salud de las personas mayores, quienes quedan solas con sobrecarga de trabajo como cuidadores de los nietos y como únicos responsables de la producción agropecuaria.

Según datos del Censo 2001 en Bolivia, 30.000 hogares tienen como jefe de familia a una persona mayor. Debido al aumento del flujo migratorio es posible que esta cifra esté aumentando.

2.5.3 Etnicidad y acceso a la salud

Si el Censo 2001 arrojó que un 69,2% de las personas mayores se identificó como perteneciente a un pueblo indígena, se debería tomar en cuenta esta auto-identificación para transformar los servicios en salud e incorporar recursos humanos con competencias culturales y comunicacionales (idioma, respeto) y alternativas de la medicina natural o tradicional en los tratamientos a los que acceden las personas adultas mayores.

Si bien se cuenta con planes de salud que incorporan la interculturalidad, son escasos los servicios de salud adecuados a ella. Contradictoriamente, factores como el idioma y la pertenencia cultural que fueron las bases de la identidad en el Censo 2001, se convierten en las principales barreras del acceso a los servicios de salud.

Por otra parte, la incidencia de pobreza es mayor en poblaciones rurales e indígenas y, por tanto, las condiciones de salud son menos favorables. La MECOVI (2007) mostró que las personas que hablan quechua en área rural tienen mayor incidencia de pobreza (86,13 %) frente a las que hablan castellano (51,16 % en promedio). De igual manera, aquellos que se auto identificaron como pertenecientes al pueblo quechua o aymara suelen ser más pobres.

Otro aspecto muy poco estudiado son las construcciones culturales sobre la vejez y sus efectos en la salud emocional y física. Al respecto Huenchuan (2006) nos recuerda que entre los pueblos indígenas la vejez no tiene una valoración “negativa”, sino más bien de continuidad cultural. En general, el estatus y el rol social crecen en la medida que se “envejece”, puesto que se adquiere sabiduría y memoria colectiva, que debe ser transmitida a los jóvenes para asegurar la reproducción cultural del grupo o pueblo.

Sin embargo, a consecuencia de una serie de factores vinculados con la pobreza y modernización, estas valoraciones del “anciano sabio” y “respetado” contrastan mucho con el abandono y maltrato que hoy sufren muchas personas adultas mayores en áreas rurales y con intensidad en áreas urbanas.

2.5.4 Calidad de la atención en los servicios de salud

Otros factores coadyuvantes a la exclusión en salud son las características del actual modelo de atención que enfatiza en la atención médica curativa, especialmente la de tipo hospitalario, en detrimento de las acciones básicas de atención primaria.

Según la percepción de las personas adultas mayores, el acceso al servicio de salud es limitado y precario. HelpAge (2008), Crespo (2004) y Dusseau (2004) señalan una serie de barreras relacionadas con la calidad de la atención, entre ellos tenemos:

1. **Costos:** referidos al costo de transporte de las personas adultas mayores y sus acompañantes a los centros de salud. Incluye también el gasto por alimentación cuando hay muchas horas de espera. El costo de medicamentos y exámenes está también cuando no están disponible en las unidades de salud.
2. **Organización de los servicios:** Burocracia y desorganización, falta de fichas para cubrir la demanda.
3. **Recursos humanos:** Insuficientes y no especializados, falta de capacitación continua y actualizada.
4. **Relaciones interpersonales:** Desde un trato no cordial hasta el maltrato, discriminación por edad, por idioma, por condición étnica y económica. Poca tolerancia a dificultades de escucha de las personas adultas mayores que posiblemente tenga que ver con la sobrecarga de trabajo del personal auxiliar o de enfermería que principalmente atiende al adulto mayor.
5. **Indocumentación:** la falta de carnet de identidad
6. **Falta de información:** Respecto a los servicios y sobre las ventajas del SSPAM.
7. **Tiempo de espera:** Prolongado.
8. **Infraestructura inadecuada:** Construcciones de pisos, lo que dificulta el acceso de las personas adultas mayores y discapacitados.
9. **Medicamentos e insumos:** No siempre disponibles y adecuados a sus necesidades.

El estudio INTRA (HelpAge 2008) mostró además que los problemas en la calidad de atención están relacionados con la ausencia de personal capacitado; la alta rotación del personal médico; los largos períodos de espera y la infraestructura inadecuada. Como asuntos de orden más estructural se observó, la fragmentación de la APS, la falta de programas

específicos para las personas mayores y la mala calidad del trato por parte de los operadores (MSD/HelpAge, 2008).

Nuevamente, estos resultados muestran que se tendrían que concentrar esfuerzos en los niveles de atención primaria que, para buena parte de la población boliviana, principalmente mujeres, niño/as y adultos/as mayores, es la puerta de entrada.

Las mismas barreras que se han identificado para la prestación de los servicios reducen también el impacto del SSPAM. Un estudio de línea de base de 2010¹⁴ estima que 89 % de las personas adultas mayores debe caminar hasta un establecimiento de atención primaria (algunos hasta seis horas) y 56 % espera más de 20 minutos para ser atendido. Sólo un 11 % de los establecimientos incluidos en el estudio realiza visitas domiciliarias. El mismo documento da cuenta de una falta de conocimiento de parte de las personas adultas mayores y del personal de salud sobre la ley, las normas y los protocolos del SSPAM.

Además, cambios en la gestión de los municipios han afectado la entrega o pérdida de la información estadística, ocasionando que las personas adultas mayores tengan que re-inscribirse. El sistema del pago de servicios entre el municipio y los establecimientos de salud ha creado nuevos problemas sin que se hayan resuelto los problemas internos de calidad, discriminación, referencia y retorno.

“En el seguro no hay calidad ni calidez, y (las personas mayores) han hecho varias denuncias... de que no atienden al adulto mayor. No le dan el medicamento que ellos creen que podría sanarles... no existen médicos. Ha habido un caso en que un adulto mayor estaba mal de la próstata, estaba con sonda, le lleva al segundo nivel y le dicen que el médico estaba de vacaciones... ¿Cuántos días?... Veinte días de vacaciones... imagínense... son esas cosas que pasan”.

CARLOS LOZA, TIENE 70 AÑOS, ES PRESIDENTE DE ANAMBO DESDE 2008.

¹⁴ Informe preliminar no publicado del proyecto: *Mejorar la calidad del servicio de salud del modelo SAFCI al SSPAM en el primer nivel de atención*. 2010

En relación con la auto-percepción de la salud, la CEPAL (2009:131) alerta sobre la importancia de considerar esta variable para analizar las determinantes de la salud subjetiva que pueden estar influyendo en el acceso a los servicios. El documento señala que “el acceso a los servicios de salud representa un factor clave para que las personas mayores puedan gozar de un buen nivel de salud; así, quienes tienen acceso se caracterizan por una probabilidad, un 195 % más elevada, de declararse con buena salud en comparación con quienes tienen limitaciones de acceso”.

Según la MECOVI (2002) a la pregunta sobre la percepción de su salud, las personas mayores declararon sentirse “sanas” en un 54 %; esta proporción muestra que no todas las personas mayores se sienten enfermas (MECOVI, 2002).

Por su parte en el estudio de Municipio Saludable y Vejez, la auto-percepción, hace referencia también al estado anímico. La mayoría se declara satisfecha con su vida, y la palabra “conforme” o “resignado” viene a la mente después de ver que porcentajes no despreciables de personas están con sensaciones negativas, de depresión y baja autoestima (Dusseau, 2004).

2.5.5 Abandono, negligencia y maltrato

De acuerdo al CELADE, 2003 (citado en Huenchuan, 2009), “en la década de los 80, el maltrato a las personas mayores fue reconocido como un problema social y, desde esa época, ha existido un largo debate sobre su definición, tipología y formas de evitarlo. Actualmente, se define como un acto, único y reiterado, u omisión que causa daño o aflicción y que se produce en cualquier relación donde exista una expectativa de confianza. Los tipos de maltrato reconocidos incluyen el físico, psicológico, sexual, financiero y patrimonial.

El maltrato hacia las personas adultas mayores en Bolivia es recurrente y no se conoce la verdadera dimensión del problema. De acuerdo con

información del Defensor del Pueblo y del Centro de Orientación Socio Legal para el Adulto Mayor (COSLAM) en 2010, se registró que:

- En Bolivia del total de la población de personas adultas mayores, el 5.9% (33.474 personas) está en condiciones de abandono y maltrato; solo el 21% tiene sus necesidades básicas satisfechas, el 16% está en el umbral de la pobreza y el 63% vive en la pobreza. En los últimos años aumentaron los registros de abandono de las personas mayores, debido a que “la familia entera sale a trabajar y no hay quién los cuide”.
- En la mayoría de los casos los agresores son los propios hijos, seguidos por familiares en segundo y tercer grado de consanguinidad.
- En La Paz, el Centro de Orientación Socio Legal reportó que, durante 2010, recibió 619 denuncias de *maltrato*, de las cuales 284 correspondieron a hombres y 335 a mujeres. La mayoría de estas denuncias se concentran en el área urbana y en edades de entre 60 a 70 años. En relación con el *abuso*¹⁵ se recibieron 509 denuncias de las cuales 249 fueron de hombres y 260 de mujeres.
- De acuerdo con la Defensoría, por día, hay una persona que busca información para poder internar a una persona mayor en un hogar de ancianos.

A consecuencia del maltrato, violencia y negligencia, la salud física, mental y emocional del adulto mayor se ve afectada. Sobre la atención médica por violencia física y sexual, el INE indica que, entre 2004 y 2006, los establecimientos de salud atendieron un total de 17.246 personas. Los casos más numerosos se presentaron entre las mujeres mayores de 14 años (con porcentajes mayores al 65%). En los servicios de salud no se tienen registros en edades de más de 60 años.

¹⁵ Maltrato se entiende como agresiones individuales que pueden ser físicas o psicológicas; en tanto que el abuso está relacionado con la vulneración de derechos y con el no cumplimiento de las leyes que benefician a las personas adultas mayores.

Si bien no se dispone de información suficiente que dé cuenta de las acciones discriminatorias, en el departamento de quejas del Defensor del Pueblo, un 4% de las quejas corresponde al maltrato en los servicios de salud. Por lo general, estas quejas están relacionadas con esperas prolongadas en los servicios, falta de medicamentos y un trato inadecuado y falta de respeto.

2.6 IMPORTANCIA DEL ABORDAJE DE LA DIVERSIDAD EN SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

Como lo demuestran los indicadores socio demográficos señalados en el capítulo 1, la población adulta mayor no es un grupo homogéneo. Factores como la edad, el sexo, el lugar de residencia, la pertenencia étnica, la educación, los ingresos y las relaciones de género inciden en la auto percepción de la salud, en el estado de salud y en la búsqueda de la atención. Sin embargo, aunque se expresen de distintas maneras, el género, la etnicidad, la ruralidad y la desigualdad están articulados en estructuras sociales que dentro la construcción del Estado nacional, han sido históricamente desiguales, excluyentes y patriarcales.

Por lo tanto, hay que analizar la diversidad de cara a la desigualdad social, es decir, en la estructura de las relaciones históricas de clase. Una de las dificultades que plantea la homogenización es ver a los grupos sociales sólo como “clase” o sólo como “etnia/cultura”. Por eso es necesaria la imbricación de estas dos variables para identificar más claramente de qué manera las desigualdades sociales afectan a las mujeres y a los hombres en su diversidad, y específicamente en su salud.

Aquí también cobran importancia las valoraciones simbólicas sobre la vejez, que son muy dinámicas y se transforman con consecuencias positivas o negativas para el bienestar de las personas. Un ejemplo de esta transformación es cómo la migración, urbanización y modernización trastocan los significados sociales de la vejez. Así, lo que antes se valoraba, de pronto cambia de signo y se torna en “estorbo”, “inactivo” o “dependiente”.

En muchas de las familias migrantes, el peso de la sobrevivencia familiar está recayendo sobre las personas mayores, afectando su salud física y emocional y en otros casos provocando abandono e inadaptación.

Aunque las políticas actuales de salud explicitan el reconocimiento de la diversidad, las personas adultas mayores todavía son consideradas como un grupo social homogéneo. La falta de estadísticas más específicas frena una atención diferenciada de salud. Lo que sigue prevaleciendo, por tanto, es un modelo homogéneo que tiene consecuencias importantes para el acceso a la salud. Algunos ejemplos relacionados con la edad y género nos pueden ilustrar esta situación.

2.6.1 Edad y necesidades de atención

Las necesidades de atención de salud difieren con la edad. De acuerdo con el documento “Protocolos de Atención al Adulto Mayor” (2009), cada sujeto envejece en forma individual y cada órgano se desgasta en forma independiente en una misma persona. Así dos personas adultas mayores de la misma edad pueden ser muy diferentes en su aspecto externo, su marcha, su fuerza muscular y sus funciones mentales superiores. Hay por tanto un gran espectro de maneras de envejecer.

Por tanto, conociendo la gran heterogeneidad de las personas mayores, la valoración geriátrica es un instrumento indispensable para la evaluación individual y para determinar la intervención adecuada a cada persona. Uno no se puede limitar a una valoración biológica/orgánica y se debe incluir la evaluación psicosocial.

La investigación cualitativa sobre “Liderazgo, Género y Vejez”¹⁶ (HelpAge, 2008) menciona que hay dificultad para que las personas entre 60 y 64 años se identifiquen como personas mayores por la connotación discriminadora que se tiene de ello. Por lo tanto, muchas veces no acceden al SSPAM por considerar que es sólo para los/as “abuelos”. Al mismo tiempo, no se conoce dónde se están atendiendo y cómo cuidan su salud.

¹⁶ Informe final de proyecto. Documento interno no publicado HelpAge International 2008.

2.6.2 Género, acceso y demanda en salud

El Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento (2002) demanda la supresión de la discriminación basada en género, así como todas sus formas de exclusión. En la observación general N° 6 del Comité de Derechos Económicos y Culturales (ONU, 2000) el artículo 3 especifica la igualdad de derechos para hombres y mujeres, y recalca que los Estados deberían prestar atención especial a las mujeres de edad avanzada. No tomar en cuenta la perspectiva de género en cualquiera de las situaciones sociales de las personas adultas mayores implica reforzar la discriminación.

En América Latina y el Caribe, por cada 100 hombres hay 121 mujeres de 60 años y más. Este predominio femenino suele acentuarse en los países con esperanza de vida más elevada, que alcanza los 60 años; a lo que se suma que la brecha entre mujeres y hombres se ensancha a medida que la población envejece (CEPAL, 2009). En Bolivia, según el INE, de los 579.259 mayores de 60 años, el 46,3 % es hombre y el 53,7 % es mujer.

La cuestión relacionada a cómo se envejece está también condicionada por las estructuras patriarcales de la sociedad. En este contexto, es difícil cuantificar los efectos que sobre la salud tienen la falta de recursos, la depresión, la falta de movilidad y la pobreza para las mujeres solteras viudas, divorciadas o abandonadas. Aunque no discrimina por edad, la Encuesta de Hogares (2007) indica que son las mujeres (19,9%) las que más se enfermaron o tuvieron algún accidente en comparación con los hombres que registraron un 17,8 %.

TABLA 5
Distribución porcentual de la población que enfermó y/o tuvo accidentes, por área geográfica

Descripción	Total	Tuvo enfermedad y/o accidente		Estuvo sano	
		Urbano %	Rural %	Urbano %	Rural %
Hombres	4.786.686	12,90	20,68	87,10	79,32
Mujeres	5.115.947	17,02	25,32	82,98	74,68

Fuente: Elaboración propia con base a MECOVI 2007.

Si bien los efectos del envejecimiento y sus determinantes sociales afectan tanto a hombres como a mujeres, en la medida que aumenta la edad, son las mujeres las que sobreviven más que los hombres, por lo cual la demanda en salud tiende a ser más femenina.

Por otro lado, en la vejez, los problemas de las mujeres se pueden agudizar, sobre todo, por una vida previa de desigualdad y de exclusión social con múltiples embarazos y una maternidad y atención post natal precaria. La mujer mayor y la mujer en general recibe poca atención de la menopausia en los servicios de salud. Además, existen diferencias en la epidemiología de los hombres y las mujeres que requieren de una prevención y atención diferenciada a lo largo del ciclo de vida.

Su mayor longevidad implica que un alto porcentaje de ellas se encuentre en situación de viudez, lo que conlleva muchas veces soledad y abandono. Por lo general, las mujeres mayores tienen menos años de estudio, reciben menores ingresos que los hombres durante su vida laboral y llegan a la vejez con desventajas económicas y sociales. Aun así, muchas mujeres mayores continúan desempeñando un papel importante en la familia —como jefas de hogar o encargadas de la crianza de los menores dependientes— e, incluso, en edades avanzadas, constituyen la única fuente de provisión de cuidados ante las situaciones de enfermedad y discapacidad de sus parejas o de otros miembros de la familia.

En general, la exclusión en salud está reflejada en la deficiente prestación y acceso a servicios de salud que tienen las mujeres sobre todo en el área rural, donde sólo accede el 39.1 % de la población. Entre las principales variables que explican esta situación se encuentran el analfabetismo de las mujeres, seguida de aspectos económicos, pobreza, ruralidad y factores culturales que dan lugar a la discriminación y exclusión. Las mujeres también cargan con el costo físico y emocional del estrés que produce el tratar de equilibrar las obligaciones laborales y las domésticas. La situación es especialmente agotadora para las mujeres con responsabilidades de asistencia a niños y personas adultas mayores, situación que se ha agudizado con la migración.

Las percepciones de los proveedores de servicios sobre la salud de hombres y mujeres adultos mayores se basan, en algunos casos, en estereotipos patriarcales. En este sentido, en el estudio del INTRA (HelpAge 2008), las doctoras piensan que los hombres mayores son más dependientes en cuanto a sus cuidados de salud, pero al mismo tiempo son más exigentes y críticos cuando no reciben buena atención. Por el contrario, ellas piensan que las mujeres son más “sufridas” y tienen más paciencia con respecto a las deficiencias en la atención. En contraste, los médicos varones mencionaron que las mujeres “se quejan” mucho y, por lo general, no tienen “enfermedades reales” (HelpAge 2008).

El mismo estudio mostró diferencias en las percepciones de la salud entre los usuarios y las usuarias adultas mayores entrevistadas. Para los hombres mayores su salud estuvo relacionada más con lo “físico” (ausencia o presencia de dolencias físicas) y con tener o no una fuente de trabajo. Para ellos, “si no hay trabajo, no hay salud”. Expresaron su preocupación por su futuro sobre todo personas que llegan a los 60 y ya no tienen esperanzas de conseguir un trabajo. Algunos que eran transportistas pierden sus licencias de conducir, otros que eran albañiles, no los contratan por “viejos”, un participante que era panadero y llevaba 18 años trabajando, fue despedido de su trabajo porque ya no “era activo”, pero además el estar expuesto a altas temperaturas (hornos) le causó problemas de salud.

Por su lado, las mujeres optaron por hacer referencia al estado “emocional”. Así para ellas, la salud tiene que ver con la ausencia de preocupaciones y con la tranquilidad. Mujeres de clases populares hicieron alusión a que sus problemas de salud devienen de la carga de trabajo doméstico y de sus trabajos como lavanderas y cuidadoras de sus familias. Casi todas las mujeres expresaron que ellas no pueden imaginarse como enfermas o discapacitadas pues tienen que “responderle a la familia y a la sociedad”.

El informe del INTRA (HelpAge 2008) menciona que las personas adultas mayores van repetidamente a los servicios de salud de los centros urbanos, sin que se trate necesariamente de una enfermedad. Los

hombres van a encontrarse con sus pares para tener compañía. En otras palabras, el servicio de salud es un espacio de socialización para ellos. Sin embargo, no van a cualquier servicio, tienen preferencia y confianza por uno especializado. En tanto, las mujeres conocen más los centros de salud cercanos a sus barrios, porque allí han tenido sus hijos/as o van con sus nietos. En este sentido las mujeres conocen poco de centros de atención especializados o buscan más la atención primaria.

2.7 CONCLUSIONES

En este capítulo hemos observado un cambio importante en las políticas públicas orientadas hacia la inclusión en salud de las personas adultas mayores. Hay un avance en las normativas específicas en la construcción de un modelo de atención integral para todas las edades. Sin embargo, la falta de información sobre acceso y cobertura de salud no permite conocer en qué medida y cómo se están implementando estas acciones y si son efectivas.

La exclusión de la población general todavía es muy alta (42%) y, dentro de ésta, las personas adultas mayores son las más vulnerables. La información relacionada con la prestación de los servicios de salud y con el SSPAM referente a las dificultades de acceso, la calidad de la atención, la escasez y no disponibilidad de medicamentos, la falta de personal especializado, entre otras, son indicadores de inequidades persistentes en la salud de este grupo etáreo. Por otro lado, existen factores sociales, económicos, culturales y ambientales que producen alta morbi-mortalidad general.

Siendo la atención domiciliaria una estrategia que reduce costos y es apropiada sobre todo para las personas incapacitadas, se debería insistir en desarrollar programas de extensión comunitaria y familiar como parte de la atención primaria de salud, explícita en el plan vigente para las personas mayores, la cual también puede aliviar la carga de cuidado sobre las familias, especialmente sobre las mujeres y mujeres mayores.

Los problemas también están relacionados con el sistema fragmentario de salud que no permite una conducción y regulación sanitaria para la implementación de los programas y sufre de una insuficiente asignación de recursos por el Tesoro General de la Nación, aunque un avance muy importante es la inclusión de los municipios en la erogación de presupuesto para salud de las personas adultas mayores.

Aunque en las normativas de salud hay acuerdo en considerar a las ENT como las principales causas de morbi-mortalidad y de reconocer que muchas de estas enfermedades pueden prevenirse y atenderse en los niveles de atención primaria, prevalece en los prestadores de servicio la idea de que las personas adultas mayores requieren de atenciones especializadas, complejas y costosas. Tampoco se considera a la salud mental y a la salud sexual como parte importante de su bienestar.

En la actualidad existe consenso de que identificar los casos de maltrato a las personas mayores no es suficiente, sino que todos los países deberían desarrollar estructuras que permitan prestar servicios (sanitarios, sociales, de protección legal y policiales) para responder de forma adecuada y, eventualmente, prevenir el problema (OMS, 2002).

Teniendo en cuenta que las causas que llevan al maltrato son múltiples, complejas, y hay ciertas condiciones que lo favorecen, las tareas de prevención son fundamentales para evitar que este problema se siga extendiendo. Un avance importante para este tema son los “Protocolos de Atención al Adulto Mayor” que incorporan la prevención y atención de la violencia y maltrato y la reconocen como un parte de los problemas públicos de salud.

A partir del enfoque de derechos, los adultos son “sujetos”, lo que implica, no sólo el reconocimiento de sus derechos en las normativas, sino el verdadero ejercicio de su participación en el diseño de las políticas públicas y en las intervenciones que atañen a sus necesidades.

Tomar en cuenta la diversidad en la atención de la salud implica reconocer los derechos de las personas a ser diferentes y que, de acuerdo con la edad, el género, la identidad cultural y otros determinantes, las políticas públicas deben estar preparadas para brindar atenciones adecuadas.

La situación de la salud femenina merece particular atención. La débil perspectiva de género dentro de las políticas públicas hacia las personas adultas mayores explica, en parte, que la protección social durante la vejez no tome en cuenta esta situación.

La “feminización del envejecimiento” (Huenchuan, 2009) sumada a la desigualdad social, la sobrecarga del trabajo doméstico y del cuidado, y una salud reproductiva deteriorada, son factores que hacen más vulnerables a las mujeres. A ello se suma la ausencia de estadísticas de género, que no permite identificar estas brechas de salud entre hombres y mujeres mayores.

BIBLIOGRAFÍA

COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES, Observación General 14 (2000). “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”.

CRESPO, Elizabeth (2004). “Oferta y Demanda en Salud. Estudio Cualitativo en La Paz sobre las Personas Adultas Mayores”. La Paz, Bolivia.

DECRETO SUPREMO N° 29601. Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia. Modelo de Salud Familiar y Comunitario Intercultural.

DUSSEAU, Catherine (2003). “Municipio Saludable y Vejez”. HelpAge International. La Paz, Bolivia.

DUSSEAU, Catherine (2004). “Municipio Saludable y Vejez”. Informe Interno no publicado. HelpAge International. La Paz, Bolivia.

FERICGLA, Josep M. (1992). “Envejecer. Una antropología de la ancianidad”. Anthropos, Editorial del Hombre. Barcelona.

HELPAge INTERNATIONAL (2010) “Estrategia Regional de Salud HelpAge International América Latina”. Documento borrador.

HELPAge INTERNATIONAL (2008). “Liderazgo, Género y Vejez”. Informe final de proyecto. Documento interno no publicado HelpAge International.

HELPAge INTERNATIONAL. INTRA II y III (2008). “Respuesta Integrada de los Sistemas de Atención en Salud al Rápido Envejecimiento de la Población”. La Paz, Bolivia.

HELPAGE INTERNATIONAL (1988). “La Salud de las Personas Mayores”. La Paz, Bolivia.

HUENCHUAN, Sandra (Editora. 2009): “Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas”. CEPAL/CELADE, Santiago de Chile.

INE/CEPAL/UNFPA (2005). “Proyecciones de Población Urbana y Rural por Departamento, Sexo y Grupos de Edad 2000-2030”. La Paz, Bolivia.

INE/UNFPA (2003) “Bolivia: Situación sociodemográfica del adulto mayor”. La Paz, Bolivia.

INE/UNFPA/DFID y HELPAGE INTERNATIONAL (2004). “Características socioeconómicas de la Población Adulto Mayor”. Encuesta de hogares, MECOVI 2002. La Paz, Bolivia.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES (2010). “Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020: Hacia la Salud Universal”. La Paz, Bolivia.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES (2009). “Protocolos de Atención del Sistema Único de Salud: Seguro de Salud para el Adulto Mayor – SSPAM”. La Paz, Bolivia.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES (2008). Ley N° 3323. “Seguro de Salud para el Adulto Mayor – SSPAM”. La Paz, Bolivia.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1999). “Sistemas de Salud Tradicionales en América Latina y el Caribe”. Washington, D.C, EEUU.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2002). “El maltrato de las personas mayores”. Informe Mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2009). “Plan de Acción sobre la Salud de las Personas Mayores, Incluido el Envejecimiento Activo y Saludable”. Washington, D.C, EEUU.

PELCASTRE, Blanca (2003). “La menopausia y sus consecuencias en la salud reproductiva”. En: Bronfman Mario y Denman Catalina (Eds) *Salud Reproductiva: Temas y Debates*. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernava, Morelos, México.

UDAPE/OPS-OMS (2004). “Caracterización de la Exclusión en Salud en Bolivia”. La Paz, Bolivia.

VEGA, Enrique (2010). “La salud de las personas mayores”. Presentación power point, Taller Políticas de Salud en Países Andinos. Organización Panamericana de Salud. Santa Cruz, Bolivia.

ZERDA, Mercedes (2004). “Vejez y Pobreza en Bolivia: La visión de las personas de edad”. La Paz, Bolivia.

3

Ingreso de las personas adultas mayores en Bolivia

MAURICIO MEDINACELI MONRROY

MAURICIO MEDINACELI

Economista Boliviano (1972) graduado en la Universidad Católica Boliviana (1994), con estudios de Postgrado en Chile (1997) y Alemania (2001). Fue Ministro de Hidrocarburos en Bolivia (2005-2006) y coordinador de Hidrocarburos en OLADE con sede en Quito, Ecuador (2008-2010). Consultor del Banco Mundial, CAF, BID, PNUD, GTZ, PIEB, PKF Consulting Group, Prisma Energy America Do Sul, Cámara Boliviana de Hidrocarburos y recientemente asesoró al Gobierno de Afganistán en la compra de gas natural desde Turkmenistán, entre otros. Profesor de la FLACSO y Universidad de las Américas, en Ecuador; Universidad Católica, Universidad Privada, Universidad Andina, Universidad Mayor de San Andrés y otras en Bolivia. Tiene varias publicaciones y libros relacionados con el sector hidrocarburífero.

3.1 INTRODUCCIÓN

En esta sección se mostrará cómo fue el ingreso de los mayores de 60 años en Bolivia durante el período 1999-2007. Para ello, nuestra fuente de información primaria son las encuestas a hogares, realizadas dentro del Programa de Mejoramiento de Encuestas y Medición de Condiciones de Vida (MECOVI), realizadas periódicamente por el Instituto Nacional de Estadística de Bolivia (INE). En esta encuesta se formularon preguntas orientadas a comprender las principales características de los hogares y se referían a cuestiones como el empleo, la salud, la educación o la infraestructura. Por ello se trata de una fuente de información primaria de gran valor.

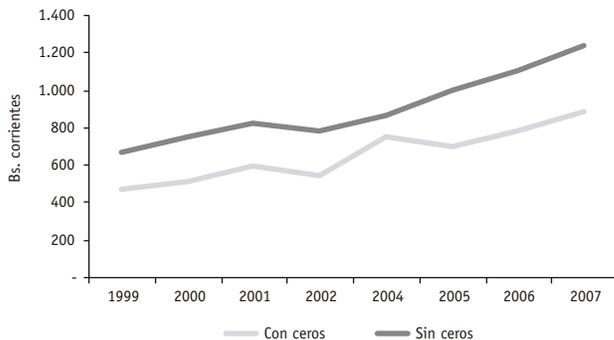
En esta parte se analizará si el ingreso de las personas adultas mayores mejoró en los últimos años; se verá si subsisten las asimetrías entre personas del sector rural y urbano, y, entre hombres y mujeres; el efecto de los bonos entregados por el Estado boliviano en el ingreso personal; cuánto participan en el mercado de trabajo y finalmente, se realizará una micro-simulación para evaluar el impacto de la Renta Dignidad en la composición del gasto familiar.

3.2 TENDENCIAS EN EL INGRESO

En el gráfico 1 se observa el ingreso personal promedio de cada persona, reportado en cada una de las encuestas de hogares, bajo dos metodologías de cálculo. En la primera, “con ceros”, se toman en cuenta aquellas personas que declaran no percibir ingreso alguno; bajo la segunda, “sin ceros”, el promedio sólo se calcula con las personas que declaran ingreso positivo. Una revisión de estos datos muestra que el ingreso personal se incrementó en los últimos años, sin embargo, la elevada varianza podría invalidar estadísticamente la relevancia de esta tendencia¹.

¹ Ver el Anexo 2 para un detalle de los estadísticos encontrados.

GRAFICO 1
Ingreso promedio personal. Mayores de 60 años



Fuente: Encuestas de Hogares realizadas por el INE

Dado que percibimos un incremento en el ingreso, buscamos confirmar ello a través de un análisis econométrico. Así, siguiendo la metodología propuesta por Firebaugh (1997) se contrastó el ingreso de las personas ($Y_{i,t}$) con una variable de tendencia ($Año_{i,t}$) utilizando la siguiente ecuación:

$$Y_{i,t} = \beta_0 + \beta_1 Año_{i,t}$$

Donde:

$$i = 1, \dots, N_t$$

$$t = 1999, \dots, 2007$$

N_t = Número de personas, ajustadas por el factor de expansión, en cada año t.

Dado que a través de la metodología propuesta por Firebaugh (1997) se encuentran relaciones tendenciales en las variables y no se explica el por qué del comportamiento de $Y_{i,t}$, la estimación de esta ecuación se realiza por mínimos cuadrados ordinarios, sin preocuparse por los problemas

de heterocedasticidad, típicamente presentes en este tipo de estudios de datos de panel². Tomando en consideración ello, los resultados de la estimación son los siguientes³:

$$Y_{i,t} = 364.9 + 64.8Año_{i,t}$$

(16.2) (2.7)

Estos resultados confirman la apreciación inicial, respecto a que, en promedio, el ingreso de las personas mayores de 60 años en Bolivia se incrementó en los últimos años, a una tasa equivalente de Bs. 64.8 por año.

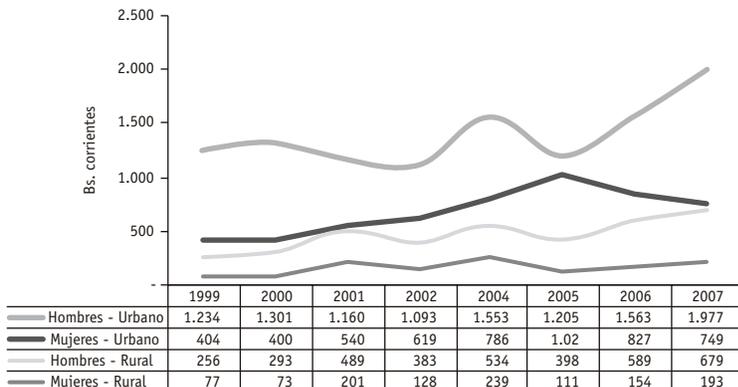
Los resultados encontrados hasta el momento valen para toda la población, es decir, corresponden a hombres y mujeres de las áreas urbana y rural. Sin embargo con la información disponible, es posible separar a las personas por género y lugar donde residen. A continuación se analizarán las tendencias en el crecimiento de los ingresos en cuatro segmentos de la población mayor de 60 años: hombres del área urbana, mujeres del área urbana, hombres del área rural y mujeres del área rural.

El gráfico 2 presenta la evolución del ingreso personal promedio en cada una de las categorías señaladas. Un examen de estos datos muestra que el ingreso de los hombres creció. También se puede observar que el de las mujeres del campo y la ciudad lo hizo de forma moderada.

2 Ver Cameron & Trivedi (2005).

3 La desviación estándar se encuentra entre paréntesis.

GRÁFICO 2
Ingreso personal promedio por categoría. Mayores de 60 años



Fuente: Encuestas de Hogares realizadas por el INE

En segunda instancia, volvemos a aplicar la metodología propuesta por Firebaugh (1997), sin embargo, ahora la ecuación a estimarse debe ser ligeramente modificada de la siguiente manera:

$$Y_{i,t} = \beta_0 + \beta_1 A\tilde{n}o_{i,t} + \delta_0 S_0 + \delta_1 S_1 + \delta_2 [S_0 \cdot A\tilde{n}o]_{i,t} + \delta_3 [S_1 \cdot A\tilde{n}o]_{i,t}$$

Donde:

S_0 = Es una variable ficticia que toma el valor de 1 si la observación corresponde a un hombre y 0 si es mujer.

S_1 = Es una variable ficticia que toma el valor de 1 si la observación corresponde a una persona del área urbana y 0 del área rural.

Los resultados de la estimación por MCO se presentan a continuación, como es usual el error estándar de la estimación se encuentra entre paréntesis:

$$Y_{i,t} = -43.7 + 21.9 A\tilde{n}o_{i,t} + 493.4 \cdot S_0 + 333.6 \cdot S_1 + 48.0 \cdot [S_0 \cdot A\tilde{n}o]_{i,t} + 41.6 \cdot [S_1 \cdot A\tilde{n}o]_{i,t}$$

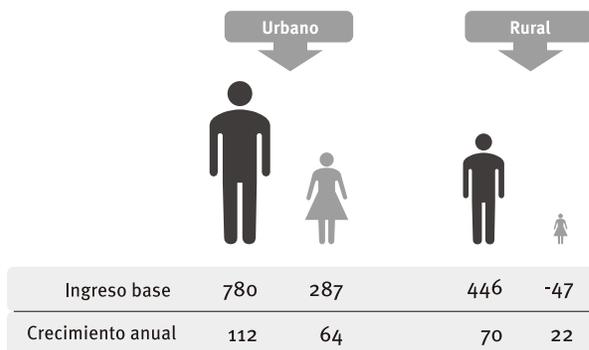
(26.8) (4.4) (31.2) (31.3) (5.2) (5.2)

¿Cómo se puede interpretar estos resultados? En principio ellos confirman el análisis previo realizado con el gráfico 2, porque el ingreso promedio de los varones del área urbana está muy por encima del resto de categorías. De esta forma se tiene que:

1. Para los hombres ($S_0 = 1$) del área urbana ($S_1 = 1$) el ingreso parte de una base igual a Bs. 780 y cada año crece en Bs. 112.
2. Para las mujeres ($S_0 = 0$) del área urbana ($S_1 = 1$) el ingreso parte de una base igual a Bs. 287 y cada año crece en Bs. 64.
3. Para los hombres ($S_0 = 1$) del área rural ($S_1 = 0$) el ingreso parte de una base igual a Bs. 446 y cada año crece en Bs. 70.
4. Para las mujeres ($S_0 = 0$) del área rural ($S_1 = 0$) el ingreso parte de una base negativa igual a Bs. 47 y cada año crece en Bs. 22.

En promedio, un hombre urbano percibe un ingreso personal 2.7 veces superior al de una mujer de la ciudad, 1.8 veces mayor al de un hombre del campo y 18 veces mayor al de una mujer del ámbito rural. Por otra parte, el ingreso de un hombre en el área urbana crece a una tasa 1.8 veces mayor al de una mujer del área urbana, 1.6 veces más respecto a un hombre del área rural y 5.1 veces más respecto a una mujer del campo. La gráfica adjunta representa los resultados encontrados. En ella se observa que los varones de la ciudad tienen el mayor ingreso personal y la mayor tasa de crecimiento. En este sentido, no sólo existe una marcada asimetría en el presente, sino también, se observa una *desigualdad dinámica*, que tiende a acentuarse con el tiempo.

Desigualdad entre Adultos Mayores



Fuente: Encuestas de Hogares realizadas por el INE

A continuación se presenta el ingreso personal promedio discriminado por las categorías usuales ya señaladas (hombre/mujer, urbano/rural) y además diferenciadas por el rango de edad, todo para el período 2004 – 2007⁴. El gráfico 3 presenta los resultados para el área urbana, de hombres y mujeres. Dos características destacan de estas cifras: 1) el ingreso de los varones es mayor entre los 60 y 65 años, pero luego viene una caída significativa y; 2) el ingreso personal en el caso de las mujeres tiene un comportamiento más homogéneo que el de los varones⁵.

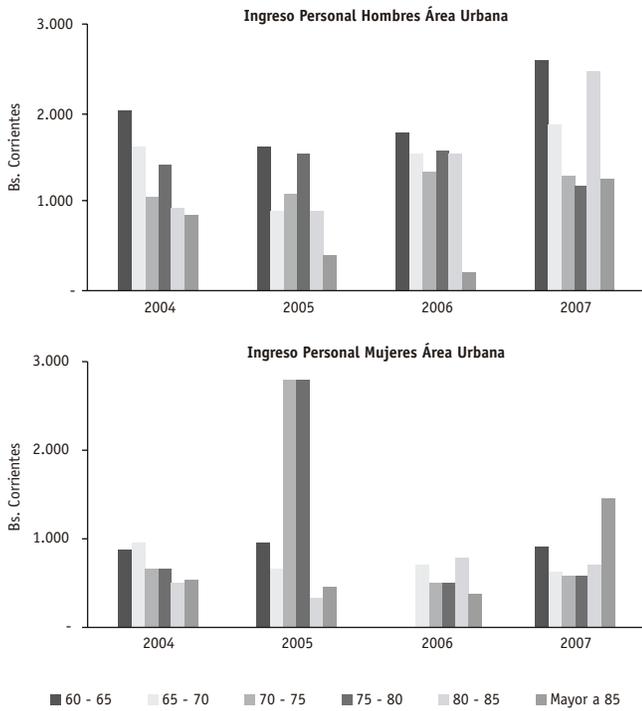
De hecho, en algunas situaciones, el ingreso en los últimos segmentos de edad (mayor a los 80 años) parece ser mayor al resto. En este sentido, podría plantearse la hipótesis de que la disparidad de ingresos entre hombres y mujeres del área urbana se debe, sobre todo, a la brecha observada entre los 60 y 65 años⁶.

4 Sólo a partir del año 2004 existe información sobre el Bonosol / Bolivida / Renta Dignidad.

5 Como ya se anotó en la sección previa, el ingreso de las mujeres es mucho menor al de los varones.

6 El detalle de las cifras se encuentra en el Anexo 3.

GRÁFICO 3
Comportamiento del ingreso personal según edad - área urbana

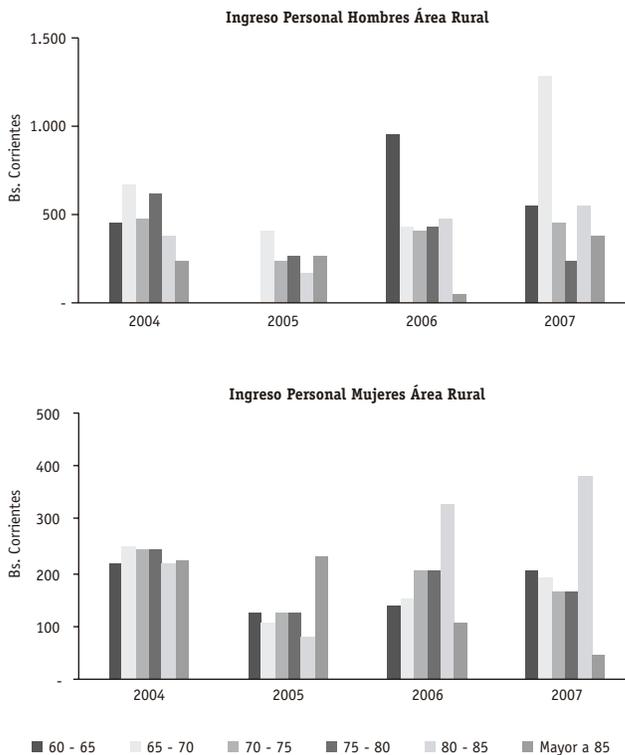


Fuente: Encuestas de Hogares realizadas por el INE

El gráfico 4 muestra resultados distinguiendo género y edad en el sector rural. Se aprecia que quizás a diferencia del sector urbano, la disminución de ingresos a medida que avanza la edad de las personas se torna más pronunciada. Ello se debe probablemente a que la actividad laboral del campo depende en mayor medida de la capacidad física de las personas, por lo que a mayor edad, menor aporte físico al trabajo y, por ello, ingresos más bajos. Por otra parte, esta relación negativa (ingreso laboral

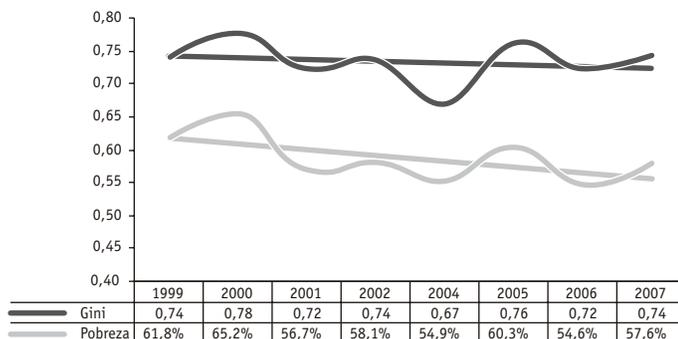
– edad) en las mujeres podría señalar que este segmento de la población es parte activa de la fuerza de trabajo en el campo, aunque claro, con niveles de ingreso muy por debajo (casi 50 % menos) del de los hombres.

GRÁFICO 4
Comportamiento del ingreso personal según edad – área rural



Fuente: Encuestas de Hogares realizadas por el INE

GRÁFICO 5
Indicadores de desigualdad y pobreza en personas mayores de 60 años



Fuente: Encuestas de Hogares realizadas por el INE

El gráfico 5 presenta los resultados de dos indicadores sociales usualmente utilizados para medir la equidad social. Nos referimos al coeficiente de Gini⁷ y al porcentaje de personas por debajo la línea de pobreza⁸. Como cabría esperar, en función de las estadísticas analizadas en esta sección, los indicadores estimados con cada una de las encuestas de hogares dan cuenta de una elevada desigualdad en la distribución del ingreso y niveles de pobreza por encima del promedio nacional. Dado que ambos resultados estadísticos se calcularon con el ingreso personal declarado por cada persona, dos factores podrían explicar lo observado: 1) muchas personas mayores de 60 años ya no perciben un ingreso, por ello, se sitúan por debajo de la línea de la pobreza y; 2) existe una marcada diferencia entre las personas que tienen rentas de jubilación y las que carecen de ellas, sobre todo porque muchas que pertenecen al primer grupo se jubilaron con el promedio de los últimos sueldos recibidos. Sin embargo, pese a estos resultados diferenciados por niveles, la tendencia

7 Cuando este indicador es igual a 1 implica completa desigualdad y si es 0 se refiere a completa equidad.

8 Para cada encuesta de hogares, el INE proporciona la información respecto a la línea de la pobreza.

general parece dirigirse en el sentido señalado, es decir, cada vez hay menos personas con ingresos por debajo la línea de la pobreza y se percibe una distribución más equitativa del ingreso⁹.

Los resultados encontrados en esta última sección contrastan severamente con aquellos presentados por Cotlear & Tornarolli (2011). Ambos autores realizan un ejercicio parecido para varios países de América Latina y para Bolivia encuentran que el porcentaje de pobreza es de 26.6 % para todos los mayores de 60 años, 9 % en el área urbana y 46 % en el área rural. Por otra parte, estiman un coeficiente de Gini igual a 0.59. Dos diferencias metodológicas explican esta discrepancia: 1) ambos autores utilizan el ingreso per cápita del hogar, mientras que en esta sección se trabaja con el ingreso personal de las personas adultas mayores y; 2) ellos utilizan una línea de pobreza base igual a US\$/día 2.5, mientras que en este estudio se toma en cuenta el propuesto por el INE. Se considera que el dato del ingreso personal ayuda mucho para medir la pobreza, dado que en muchas situaciones, el ingreso del hogar promedia el de las personas más jóvenes, aunque aún queda la duda respecto a las transferencias dentro del hogar.

3.3 IMPACTO DE LAS TRANSFERENCIAS DIRECTAS EN BOLIVIA

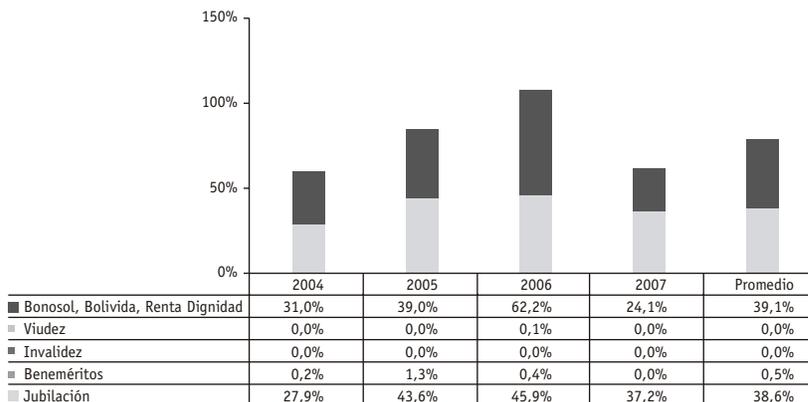
También a través de las encuestas de hogares es posible conocer cuál es el aporte de las rentas dentro el ingreso personal. Por ello analizamos cuán importantes son las rentas de jubilación, de beneméritos, invalidez o viudez dentro el ingreso personal de las personas adultas mayores. Debido a la disponibilidad de la información (y características de ella) sólo se tomará la muestra de personas que reportan un ingreso positivo para el período 2004 – 2007¹⁰.

9 De hecho, análisis preliminares realizados con la encuesta de hogares del año 2008, da cuenta de una mayor disminución en ambos indicadores.

10 Ello sugiere, a su vez, que existen personas mayores a los 60 años que no recibieron ingresos por bonosol/bolivida/renta dignidad.

El gráfico 6 muestra el grado de aporte promedio de las rentas antes mencionadas en el ingreso personal de los hombres del área urbana. Dos características resaltan en estos resultados: 1) hasta el año 2006 el volumen de estas rentas en el ingreso personal fue creciente y sobrepasó el 50 %, sin embargo, en los dos últimos años tendió a declinar y; 2) las rentas de jubilación conforman parte sustantiva del ingreso personal de estas personas, puesto que en algunos años llegaron a representar incluso más del 50 % del total de ingresos.

GRÁFICO 6
Participación rentas en el ingreso personal. Hombres - área urbana

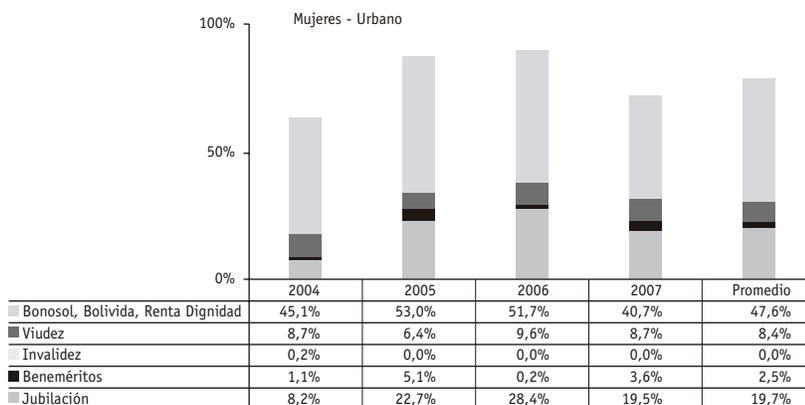


Fuente: Encuestas de Hogares realizadas por el INE

El gráfico 7 muestra el aporte de las rentas en el ingreso personal de las mujeres del área urbana. Se aprecia que, al igual que sus pares masculinos, las rentas o bonos de jubilación son parte importante de su ingreso personal. Adicionalmente es interesante notar que en este caso, la renta por viudez representa entre el 5 % y 6 % del total percibido, lo que sugiere que en este segmento de la población, son las mujeres quienes en mayor proporción se benefician de ello. Cabe hacer notar además que pese a que su impacto es muy marginal, algunas mujeres aún cobran la renta de los

beneméritos¹¹. Finalmente, es bueno resaltar que a diferencia del segmento masculino, el volumen de estas rentas en el ingreso total personal para el año 2007 representa para ellas casi el 80 %, lo que sugiere que en este año el ingreso de otras fuentes para las mujeres no creció de forma significativa, situación que sí se presenta en el caso de los hombres (ver gráfico 6).

GRÁFICO 7
Participación rentas en el ingreso personal. Mujeres – área urbana



Fuente: Encuestas de Hogares realizadas por el INE

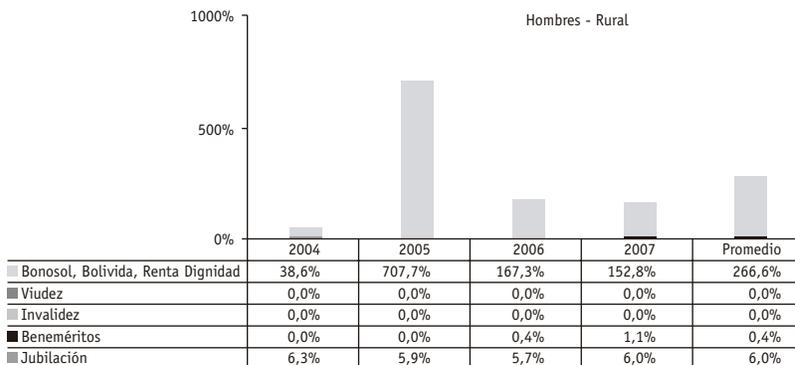
El gráfico 8 presenta los datos que ilustran la situación de los hombres del sector rural. Queda claro que beneficios como la Renta Dignidad son parte muy importante del ingreso de las personas de este estrato. De hecho, existen casos en los que el único ingreso de estas personas proviene de esta fuente. En segundo lugar figuran las rentas de jubilados y muy marginalmente las rentas de beneméritos. Llama la atención la severa caída en el aporte de estas rentas para el año 2007. Ello, al igual que en el caso de las personas del área urbana, sugiere que otras fuentes de ingreso cobraron renovada importancia.

¹¹ Gran parte de estas rentas se destinó a los ex combatientes de la Guerra del Chaco, librada entre Bolivia y Paraguay entre los años 1932 y 1935.

Llama la atención que en muchos casos el aporte de los bonos alimenta más los ingresos personales que otras fuentes alternativas. A fin de depurar errores en el procesamiento de la información, se realizó un detallado análisis de estos casos particulares (que no son pocos) y se llega a la conclusión de que los datos están bien presentados. Entonces surge la hipótesis de que, pese a que el adulto mayor es receptor del bono, éste no forma parte de su ingreso personal debido a: 1) que son personas entre 80 y 90 años, con alta probabilidad de que un miembro de la familia esté cobrando este ingreso; 2) que el bono se ha convertido en ingreso familiar, con lo cual el adulto mayor ya no puede disponer de él y; 3) que se desconoce, sobre todo en regiones alejadas del sector rural, la existencia de un bono de esta naturaleza.

Sin embargo, cabe añadir que a partir de 2008 y precisamente con base en el trabajo de incidencia realizado por ANAMBO, el Estado ha hecho grandes esfuerzos para asegurar que las personas adultas mayores del área rural reciban la Renta Dignidad. Por ello, a partir de ese mismo año se ha movilizó a las Fuerzas Armadas para asegurar que el bono forme parte efectiva del ingreso personal de los habitantes del campo.

GRÁFICO 8
Participación rentas en el ingreso personal. Hombres - área rural



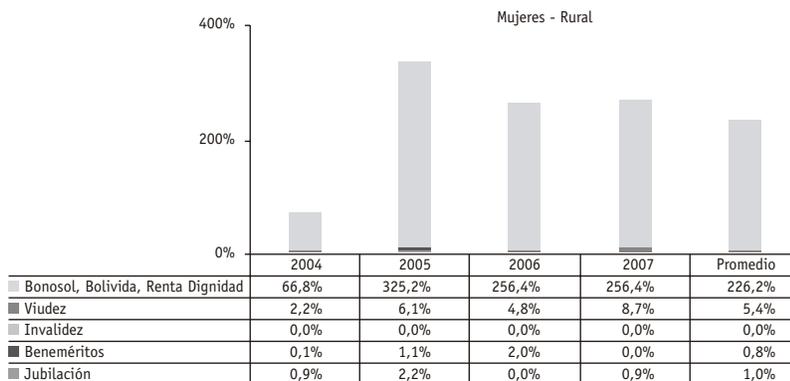
Fuente: Encuestas de Hogares realizadas por el INE

El gráfico 9 muestra el aporte de las rentas ya mencionadas en el ingreso personal de las mujeres del área rural. En este caso se evidencia un comportamiento similar al de los varones del campo, con el añadido (al igual que las mujeres del área urbana) que la renta por viudez representa entre el 3 % y 5 % del ingreso personal total.

Un estudio publicado por la Fundación Milenio (2006) sobre el impacto del entonces Bonosol en la economía familiar y local de Bolivia indica que éste no sólo ayudó a cubrir necesidades básicas como la alimentación, la salud, la vestimenta y la vivienda, sino que también permitió realizar inversiones en la educación de los nietos; en insumos como semillas o alimento para animales y en pequeñas inversiones empresariales.

El Bonosol puso en circulación 400 millones de dólares en los 10 años de su ejecución. Con ello aumentó la demanda en el mercado interno del 0.34 % al 1 %. Tuvo impactos notables especialmente en el área rural donde se percibió la reducción del índice, la brecha y la intensidad de la pobreza en hogares receptores, impacto que se estima en un 2.1 %. Se estima que los hogares rurales receptores del bono duplican su consumo con respecto el valor del Bonosol recibido (Fundación Milenio 2006).

GRÁFICO 9
Participación rentas en el ingreso personal. Mujeres - área rural



Fuente: Encuestas de Hogares realizadas por el INE

Una de las principales conclusiones de las cifras presentadas aquí es que las rentas de jubilación, de beneméritos, invalidez, viudez y los bonos formaron parte importante del ingreso de las personas, hombres y mujeres, mayores a los 60 años de edad. No obstante, este segmento de la población continúa siendo parte importante de la fuerza de trabajo activa. Por ello, a fin de completar nuestra comprensión sobre los ingresos de las personas adultas mayores, a continuación se presentarán estadísticas sobre la categoría ocupacional de las personas mayores en Bolivia. La fuente de información de estos datos deviene de la pregunta: ¿cuál es su actividad primaria? Dicho interrogante estuvo presente en la aplicación de las encuestas de hogares utilizadas en el presente estudio.

El gráfico 10 presenta la composición ocupacional reportada por los varones del área urbana de Bolivia, según sea el rango de edad en el que se encuentren. Una primera característica es que recién a partir de los 70 años se observa que el número de personas fuera del mercado laboral se incrementa. De hecho, todavía entre los 60 y 70 años existe un importante porcentaje de personas que trabajan por cuenta propia o son empleados en alguna institución. Un segundo aspecto interesante es que durante los últimos años se incrementó el porcentaje de trabajadores entre los 60 y 65 años. Estos datos rebaten nuevamente la idea de que el adulto mayor es un ser dependiente, incapaz de generar sus propios ingresos. Lo evidente es que muchas de las personas mayores de 60 años continúan activas, contribuyendo a la economía familiar, lo cual se debe posiblemente a que esta franja de la población necesita generar ingresos complementarios a su jubilación o renta, lo cual confirma la aceleración de la transición demográfica explicada en el primer capítulo.

Por otra parte, el gráfico 11 presenta resultados estadísticos para el caso de las personas adultas mayores del área rural. Queda claro que en este segmento de la población, la principal actividad es de “cuenta propia” en la agricultura. También es remarcable que, a diferencia del área urbana, el número de personas que trabajan luego de los 70 años es significativo, de hecho, más del 50% de las personas mayores de 85 años continúa trabajando en esta actividad.

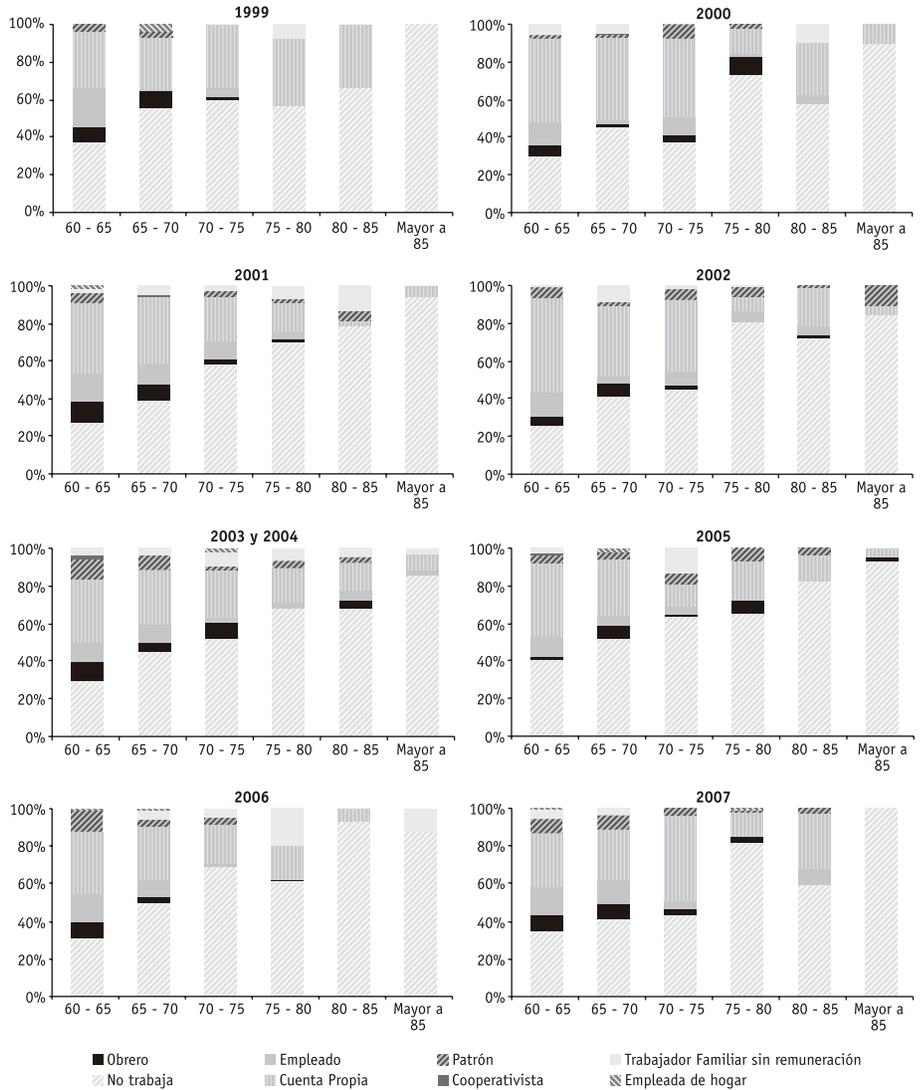
“Yo sigo trabajando, porque, sino, ¿quién me va a mantener? Además, mi hija y yo nomás somos. Más bien tengo que ayudarle para que termine sus estudios en la universidad. Antes con la plata que ganaba no me alcanzaba al terminar el mes, a veces tenía que prestarme de una y otra persona cuando me faltaba. Recién me han aumentado el sueldo, ahora puedo comprar más cosas como comida, ropa y, para mi hija, sus cuadernos, libros y su vestimenta. También para la luz y el agua”.

DON RODOLFO POCOACA, DE 70 AÑOS, TRABAJA COMO PORTERO EN UN MERCADO EN LA CIUDAD DE SANTA CRUZ. SU TRABAJO SE INICIA A TEMPRANAS HORAS DE LA MAÑANA, CUANDO ABRE LAS PUERTAS DEL MERCADO Y REALIZA LA LIMPIEZA DEL LUGAR. ALLÍ RECIBE UNOS Bs 800 MENSUALES POR SU TRABAJO. ÉL VIVE EN INSTALACIONES DEL MERCADO CON SU HIJA, DE QUIEN ESTÁ A CARGO.

El gráfico 12 ilustra la situación de las mujeres urbanas, quienes al igual que los varones, trabajan por cuenta propia. Sin embargo, un buen porcentaje de este grupo (mayor al 50 % en algunos casos) indica no trabajar a partir de los 60 años, situación contraria en las mujeres del área rural (gráfico 13) donde se observa que gran parte de ellas trabaja por cuenta propia o empleada (sin remuneración) dentro el hogar.

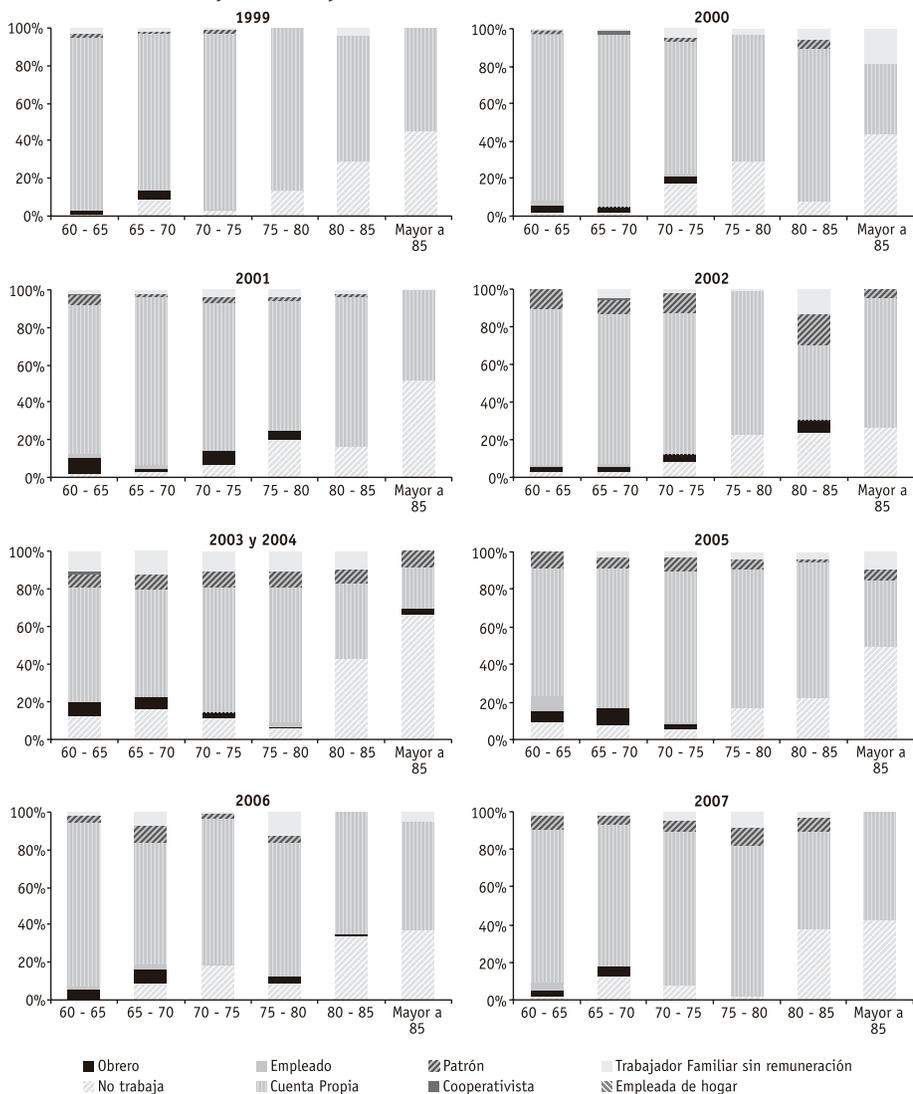
Las estadísticas analizadas en esta sección muestran que las personas adultas mayores en Bolivia son parte importante de la fuerza laboral, de hecho en el sector rural se observa que las personas mayores a los 70 años, tanto hombres como mujeres, aún son generadores de ingreso. Esto se debe, en parte, a la baja cobertura de la seguridad social en Bolivia, que además tiene un sesgo masculino y montos limitados de las jubilaciones y rentas.

GRÁFICO 10
Tipo de ocupación de hombres en el área urbana



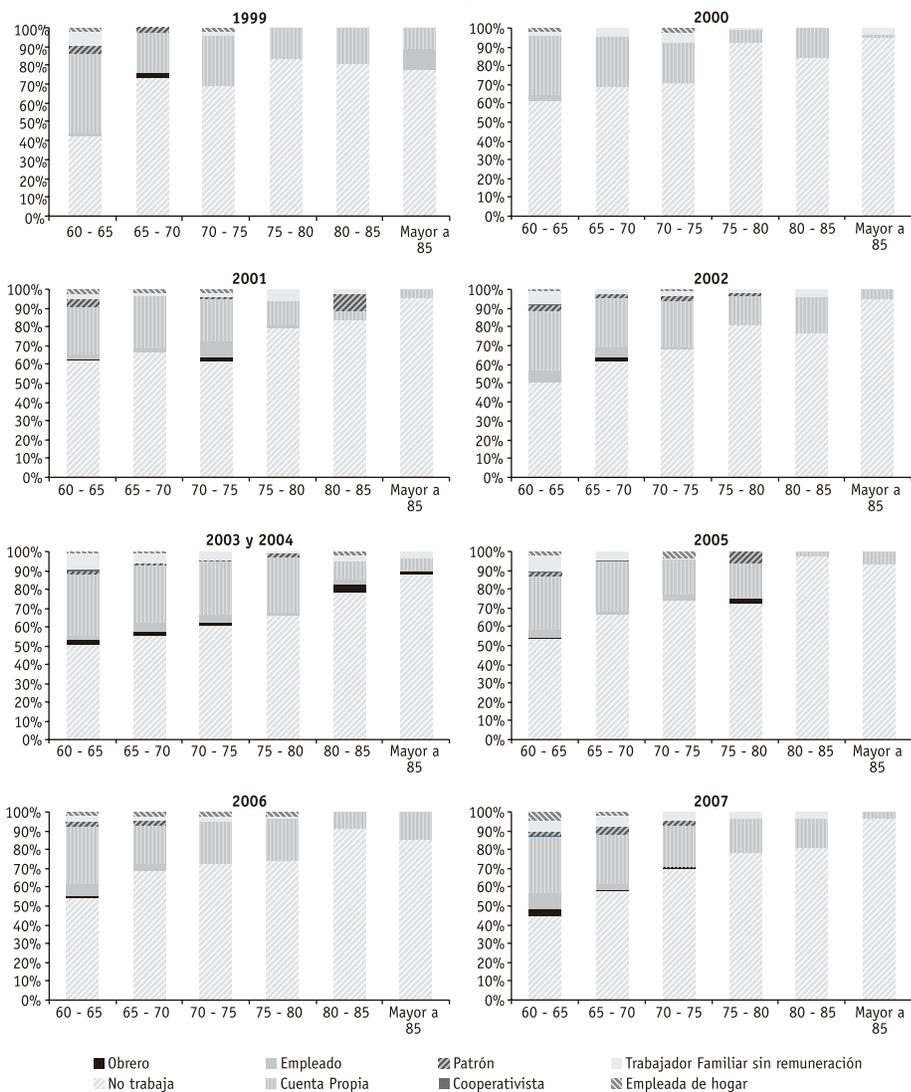
Fuente: Encuestas de Hogares realizadas por el INE.

GRÁFICO 11
Tipo de ocupación de hombres en el área rural



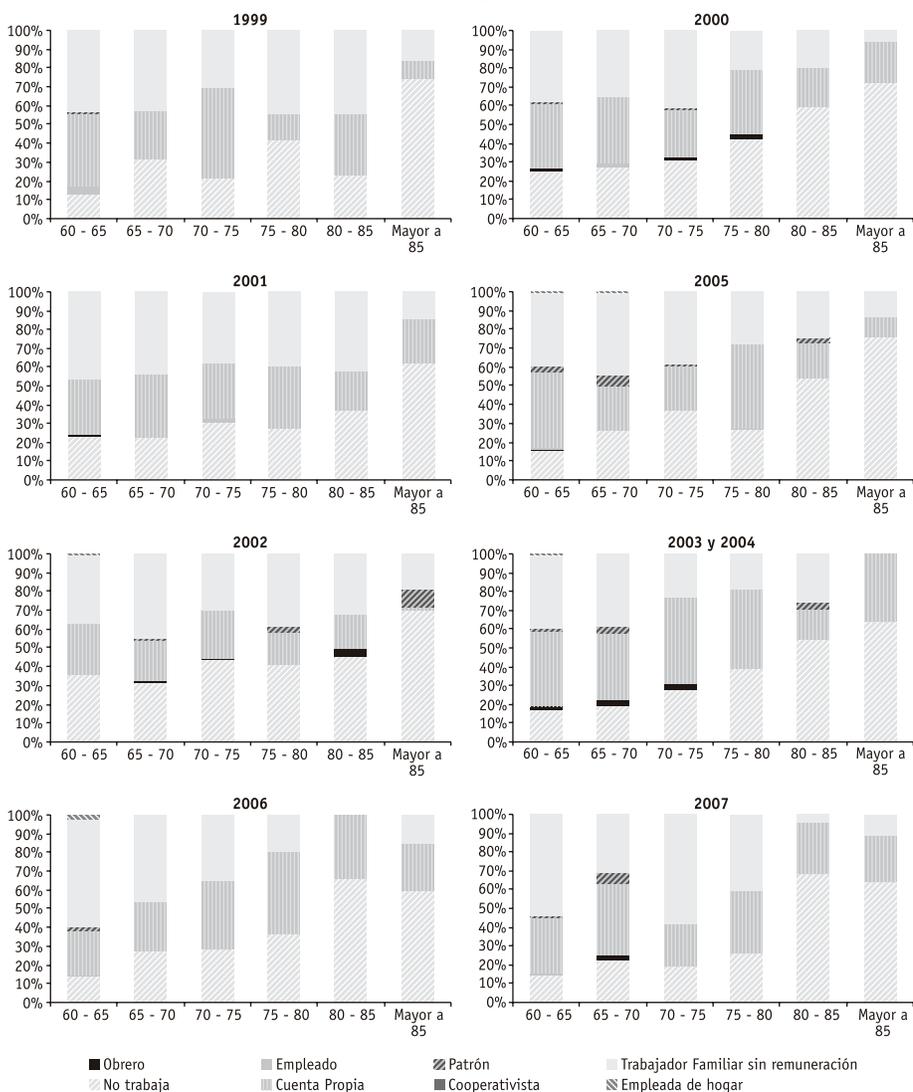
Fuente: Encuestas de Hogares realizadas por el INE.

GRÁFICO 12
Tipo de ocupación de mujeres en el área urbana



Fuente: Encuestas de Hogares realizadas por el INE

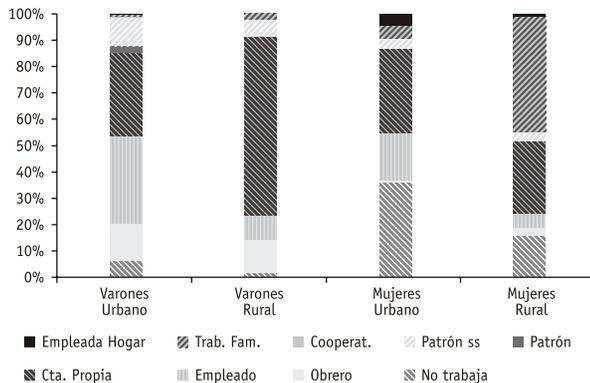
GRÁFICO 13
Tipo de ocupación de mujeres en el área rural



Fuente: Encuestas de Hogares realizadas por el INE

¿Qué podría esperarse en el futuro? Comparando estas cifras con aquellas elaboradas para las personas entre 40 y 60 años en el año 2007 (ver gráfico 14) no se espera que en el corto plazo, la situación varíe notablemente. Aún la mayor parte de la población trabaja como cuenta propia, sobre todo entre los varones del sector rural, mientras porcentajes relativamente bajos integran a los empleados u obreros y gran parte de las mujeres del sector rural trabaja dentro del hogar. En este sentido, la composición ocupacional no sufrirá grandes cambios, aunque sí se presentará la característica adicional de que la relación jóvenes/adultos será menor a la actual.

GRÁFICO 14
Ocupación de personas entre 40 y 60 años - 2007



Fuente: Encuestas de Hogares realizadas por el INE

¿Cómo responden las personas adultas mayores cuando los bonos aumentan?

En esta sección se realiza un análisis de micro-simulación que consiste en anticipar el comportamiento de las personas adultas ante cambios en la cantidad del bono que reciben. En particular, interesa conocer si hay

cambios en la demanda de los bienes más importantes en la canasta familiar, cuando el Estado entrega un monto mayor. Para ello, se construyó un modelo econométrico con datos de panel, utilizando como fuente de información primaria, las encuestas de hogares que regularmente realiza el INE y que fueron utilizadas en secciones pasadas.

Desde su publicación en 1980, el Sistema Casi Ideal de Demanda (AIDS por sus siglas en inglés) propuesto por Deaton & Muellbauer¹² se utilizó en estimaciones de funciones de demanda por variados bienes¹³. Esta metodología resulta bastante atractiva, porque además de utilizar información disponible en las encuestas de hogares (no siempre utilizada al momento de estimar una función de demanda), proporciona relaciones “teóricamente adecuadas” en función a los datos de fuente primaria.

Aplicaciones de esta metodología a la demanda de energía se encuentran en Labandeira y López (2002), Labandeira et al. (2004) y Labandeira et al. (2005). En estos trabajos se observa que lo planteado funciona muy bien para predecir los efectos de corto plazo que tendrían algunas políticas públicas. Dentro de las modificaciones propuestas al modelo original, la realizada por Banks et al. (1997) resultó bastante atractiva y por ello fue ampliamente utilizada. Los autores sugieren que es necesario verificar la presencia de relaciones cuadráticas entre el gasto total de las familias y el incurrido en determinado bien¹⁴.

Con los resultados econométricos encontrados fue posible evaluar cómo varía el gasto en cada uno de los grupos de bienes considerados, cuando el bono se incrementa, y en particular, se evaluó cómo varía el gasto (expresado en moneda boliviana) cuando dicho beneficio se incrementa en Bs 100 por mes. Posteriormente, los resultados fueron agrupados por quintiles de ingreso per cápita entre todas las personas de la muestra. Es importante mencionar que para el análisis de micro-

12 Deaton & Muellbauer (1980).

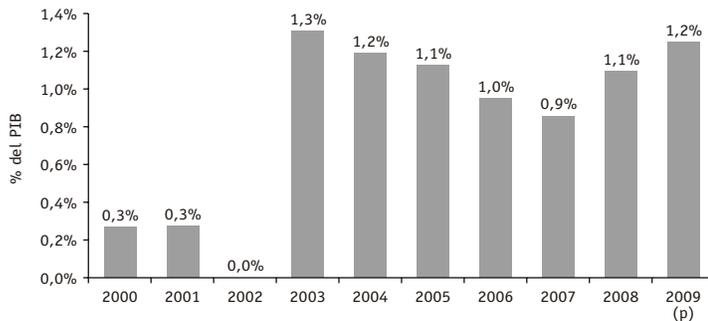
13 Para un detalle interesante de su uso ver García (2003).

14 La metodología y los resultados econométricos se describen con amplio detalle en el Anexo 4.

simulación se utilizan los coeficientes estimados, pero la muestra sólo corresponde a las familias encuestadas el año 2007.

Este análisis estadístico se realiza para este tipo de bono, dada su importancia en Bolivia durante los últimos años. Como se aprecia en el gráfico 15, el monto de recursos que se destina al pago de esta obligación no es menor y, de hecho, fue creciendo desde los últimos años, todo ello a raíz de el incremento de ingresos gracias a las exportaciones de gas natural a Brasil.

GRÁFICO 15
Bonosol/Bolivida/Renta Dignidad como porcentaje del PIB



Fuente: Encuestas de Hogares realizadas por el INE.

La Tabla 1 presenta los resultados del ejercicio de micro-simulación explicado en el párrafo precedente. En ella se muestra el incremento/decremento promedio del gasto de las familias pertenecientes a cada quintil de ingreso, y también la desviación estándar observada. Por ejemplo, ante un incremento de la Renta Dignidad en Bs 100, en promedio, las familias más ricas (del quintil 4) gastarán Bs 88.16 en comida, mientras que las del quintil más pobre (1) destinarán Bs 79.89 en dicho rubro.

TABLA 1
Resultados del análisis de microsimulación (Bs)

Quintil	Salud	Vestimenta	Vivienda	Comida
1	0,87	3,35	1,36	79,89
	0,86	4,04	2,40	15,37
2	0,95	3,23	0,49	85,03
	1,02	3,93	1,97	17,41
3	1,68	2,53	-0,02	85,74
	2,46	2,57	2,22	23,74
4	1,72	2,88	-0,61	88,16
	2,66	2,94	2,15	23,94
5	1,66	2,97	-1,96	100,00
	1,69	5,89	3,14	33,65

Fuente: Encuestas de Hogares realizadas por el INE

Los resultados más destacables del análisis de micro-simulación realizado son:

- Gran parte del ingreso de las familias se destinó al gasto en comida. Ello es consistente con las cifras preliminares de la Encuesta de Hogares 2008, donde los resultados de la encuesta señalan que el 77 % de las personas, utilizaron la Renta Dignidad en la alimentación¹⁵.
- A medida que el ingreso per cápita de las familias se incrementa, también lo hace el porcentaje destinado (de la Renta Dignidad) a la compra de comida y salud. Por el contrario, la compra de vestimenta y vivienda parecen disminuir. Ello no es concluyente debido a la elevada varianza de los resultados. Para segmentos elevados de ingreso, la segunda categoría de gasto, evidentemente muy por debajo de la primera, es la vestimenta y luego la salud. Por otra parte, para aquellas situadas en el quintil más pobre (1) es la vestimenta.

15 Cuya tendencia ya es anticipada en Schulze (2006).

Quizás el resultado más importante encontrado con el análisis de micro-simulación es que para el período 1999-2007, ante un incremento en el bono a las personas mayores de 60 años, más del 70 % se destina al gasto en alimentos.

Respecto a las tendencias en el ingreso de las personas adultas mayores se observa que éstos crecieron en los últimos años, sin embargo, las asimetrías entre varones y mujeres son elevadas, así como también entre el sector urbano y rural. Por ello, existe un amplio margen de intervención para la política pública, de forma tal que estas asimetrías (tanto estáticas como dinámicas) disminuyan con el tiempo.

Las personas adultas mayores forman parte importante de la población económicamente activa en Bolivia. Algunas de sus características específicas señalan, por ejemplo, que en el sector rural la salida del mercado de trabajo se presenta mucho después que en el área urbana, aunque tanto en el área urbana como rural, gran parte de las personas (hombres y mujeres de este segmento) trabajan por cuenta propia. En este sentido, cualquier política pública que otorgue asistencia a este segmento de la población, debe asumir el grado de informalidad que existe.

Una de las principales limitaciones del presente análisis estadístico es la falta de encuestas específicas a las personas adultas mayores en Bolivia. Pese a que los resultados son consistentes entre sí, es necesario tener información más precisa acerca de este segmento de la población a fin de que la política pública sea más asertiva.

3.4 CONCLUSIONES

El ingreso de las personas adultas mayores ha crecido en los últimos años demuestra como lo ha hecho el del resto de la población. Sin embargo, persisten grandes desigualdades especialmente entre hombres y mujeres y entre áreas urbana y rural. En promedio, un hombre del área urbana percibe un ingreso personal 2.7 veces superior al de una mujer en el área urbana; 1.8 veces mayor al de un hombre en el área rural y 18 veces mayor al de una mujer del área rural.

Por otra parte, el ingreso de un hombre en el área urbana crece a una tasa 1.8 veces mayor al de una mujer del área urbana; 1.6 veces más respecto al de un hombre del área rural y 5.1 veces más respecto al de una mujer del área rural.

Los bonos entregados por el Estado boliviano (Bonosol / Bolivida / Renta Dignidad) son una parte importante del ingreso personal de las personas adultas mayores, en muchos casos mayor a las otras fuentes de recursos. Las personas adultas mayores forman parte importante de la población económicamente activa en Bolivia.

Existen claras diferencias entre la realidad del área urbana y rural. Por ejemplo, en el campo la salida del mercado de trabajo se presenta mucho después que en el área urbana. Sin embargo, también existen algunas similitudes, por ejemplo, gran parte de las personas (hombres y mujeres de este segmento) trabajan por cuenta propia.

En este sentido, cualquier política pública que otorgue asistencia a este segmento de la población, debe reconocer la necesidad que tienen de generar ingresos adicionales a las rentas y jubilaciones, y su importante aporte y continua participación en la economía familiar.

Hacia el futuro no se prevé grandes posibilidades de que la próxima generación de personas mayores mejore sus ingresos dado que gran parte de la población sigue ocupada en el sector informal, con baja o ninguna posibilidad de participar en el sistema de pensiones contributivas para asegurar una vejez más segura y digna en el futuro.

En este sentido, la política pública podría considerar los siguientes temas:

- La necesidad de ampliar el sistema contributivo, con el fin de fomentar una cultura de ahorro en la población adulta actual y apoyar en la creación de nuevas herramientas de ahorro para el sector informal de bajos o irregulares ingresos, y así lograr mayor cobertura de la seguridad social;
- Dado que las personas de este segmento de la población trabajan, en su mayoría, por cuenta propia, la política pública podría colabo-

- rar en la protección de las personas mayores trabajadoras, de tal manera que el nivel de exposición a riesgos laborales se reduzca;
- También debe pensarse en el apoyo al trabajo de las personas adultas mayores, en particular, mediante acceso al crédito y otros servicios financieros (micro seguros, micro ahorros y consejería), de forma tal que se amplíen sus oportunidades laborales y protejan sus medios de vida.

En general, como se ha podido demostrar en este capítulo y tal como se expone en el Informe de Desarrollo Humano 2010, todavía existe mucho por hacer para disminuir las desigualdades observadas entre la población en general y en las personas mayores en particular. Es urgente que el Gobierno cree mecanismos de inclusión económica equitativa para hombres y mujeres; promueva fuentes de trabajo dignas en el área rural para disminuir las desigualdades entre la ciudad y el campo y así frenar, además, la migración campo-ciudad.

La Renta Dignidad forma parte importante de los ingresos de las personas adultas mayores y es una medida eficaz para reducir la pobreza en ese sector de la población; sin embargo, una inversión mayor en políticas laborales; la creación de fuentes de trabajo digno con derecho a la protección social y la extensión de servicios financieros de ahorro y acumulación de capital al sector informal pueden asegurar una vejez más segura y digna para las próximas generaciones.

BIBLIOGRAFÍA

BANKS, James; BLUNDELL, Richard y LEWBEL, Arthur (1997). “Quadratic Engel curves and consumer demand”. *The Review of Economics and Statistics*, N° 4, Vol. 79, pp. 527-539.

BLOW, Laura (2003). “Explaining trends in UK households spending”, Institute for Fiscal Studies, WP03/06.

BLUNDELL, Richard y ROBIN, Jean Marc (1999). “Estimation in large and disaggregated demand systems: and estimator for conditionally linear systems”, *Journal of Applied Econometrics*, N° 14, pp. 209 – 232.

COLIN, Cameron y PRAVIN, K. Trivedi (2005). “Microeconomics: Methods and Applications”. Cambridge University Press, New York.

COTLER, Daniel y TORNAROLLI, Leopoldo (2011). “Poverty, the Aging, and the Life Cycle in Latin America” en Cotlear Daniel (Ed), “Population Aging: Is Latin America Ready?” The World Bank. Washington D.C.

DEATON, Angus y MUELLBAUER, John (1980). “An almost ideal demand system”. *American Economic Review*, Vol. 70, No. 3, pp. 312-326.

DECOSTER, André y VERMEULEN, Frederic (1998). “Evaluation of the empirical performance of two-stage budgeting AIDS, QUAIDS and Rotterdam models based on weak separability”, Center of Economic Studies, Discussion Paper Series DPS 98.08, Departement Economie – Katholieke Universiteit Leuven.

FIREBAUGH, Glenn (1997). “Analyzing repeated surveys”, Sage University Paper series on Quantitative Applications in the Social Sciences. Series no. 07-115. Thousand Oaks, CA: Sage.

GARCÍA, Danny (2003). “El sistema casi ideal de demanda: un estado del arte”. *Ecos de Economía*, No. 16, pp. 77 – 94.

GÓMEZ-LOBO, Andrés (1996). “The welfare consequences of tariff rebalancing in the domestic gas market”. *Fiscal Studies*, 16, pp. 81-105.

LABANDEIRA, Xavier; LABEAGA, José y RODRÍGUEZ, Miguel (2004). “Microsimulating the effects of household energy price changes in Spain”. Mimeo, Fundación de Estudios de Economía Aplicada.

LABANDEIRA, Xavier; LABEAGA, José y RODRÍGUEZ, Miguel (2005). “A residencial energy demand system for Spain”, WP 2005-001, Mimeo, Fundación de Estudios de Economía Aplicada.

LABANDEIRA, Xavier y LÓPEZ, Ángel (2002). “La imposición de carburantes de automoción en España: Algunas observaciones teóricas y empíricas”. *Hacienda Pública Española. Revista de Economía Pública*, pp. 177-210.

LEE, Eun y FORTHOFER, Ron (2006). “Analyzing Complex Survey Data”. Second Edition. Sage University Papers series on Quantitative Applications in the Social Sciences, No. 07 – 71. Thousand Oaks, CA: Sage.

MEDINACELI, Mauricio (2005). “Consumo de Gas Natural en el Mercado Interno Urbano: ¿Beneficia a los Pobres? – Un análisis de microsimulación”. *Revista de Estudios Económicos y Sociales*, No. 4. “Estadísticas y Análisis”. Instituto Nacional de Estadística.

SCHULZE, Erick (2006). “El Impacto del Bonosol según Beneficiarios” en el libro *La Inversión Prudente*, Fundación Milenio. La Paz, Bolivia.

WEST, Sara y ROBERTON, Williams III (2002). “Estimates from a consumer demand system: Implications for the incidence of environmental taxes”. National Bureau of Economic Research, working paper 9152, Cambridge – Massachusetts.

4

Conclusiones generales

La heterogeneidad de la población adulta mayor es un rasgo fundamental del proceso de envejecimiento en el país.

En Bolivia, el diseño de políticas públicas debe tomar en cuenta las diferencias y desigualdades persistentes, que tienen que ver con condiciones socio económicas, pertenencia étnica, lugar de residencia, diferencias culturales y regionales (valles, altiplano, tierras bajas, Chaco), identidades de género y generacionales. Además estas diferencias se exacerbaban en muchos casos a medida que la persona envejece, lo que se ve reflejado en la inequidad en los ingresos entre hombres y mujeres; y entre pobladores urbanos y rurales.

Los diferentes capítulos de este estudio muestran que si bien hay importantes avances en cuanto a políticas públicas, legislación y marcos normativos (especialmente pensión no contributiva y seguro de vejez con protocolos y normativas relevantes), aún existe la necesidad de un cambio estructural en la implementación de las mismas y así poder alcanzar servicios y una sociedad “amigable” para las personas mayores.

“Entonces, hay muchas cosas que todavía tenemos que ir viendo y dentro del contexto nacional, evidentemente, han avanzado las leyes, pero no se están ejecutando, no se están poniendo en práctica. Esa es la preocupación de los adultos mayores, en general, de Bolivia”.

CARLOS LOZA, TIENE 70 AÑOS, ES PRESIDENTE DE ANAMBO DESDE 2008.

Es importante pasar de una visión asistencialista a una de derechos. Este cambio de paradigma permitirá reconocer a las personas adultas mayores como agentes de cambio. La investigación demuestra que el empoderamiento de las personas adultas mayores a través de la movilización y la demanda del cumplimiento de sus derechos, las coloca como ciudadanos activos. Su contribución a la economía familiar a través de una alta participación en la Población Económicamente Activa (PEA) y el aporte que hacen a la sociedad como cuidadores de sus nietos, favorece

la reproducción de la fuerza de trabajo. Aunque queda claro que la Renta Dignidad es un ingreso importante para las personas mayores, especialmente en el área rural, ésta tiene que ser complementada con incentivos dirigidos a los sectores informales y de bajos ingresos a fin de garantizar mayor seguridad para el 40 % de personas adultas mayores que aún se mantienen trabajando en ese mercado laboral.

Las personas mayores tienen derecho a la salud, a un ingreso digno, a la participación política, a la educación continua y a la inclusión social. Si se asume el desafío de organizar el desarrollo económico y productivo nacional incluyendo las necesidades de este grupo etéreo, se podrá mejorar el futuro y bienestar de los niños/as y los adolescentes, quienes aún no han llegado a asumir responsabilidades de previsión social; y por supuesto de quienes, después de haberlo hecho, merecen una vida en la que las obligaciones sean mitigadas por el disfrute recreativo que, se supone, deberían tener las personas adultas mayores.

RECOMENDACIONES Y DESAFÍOS

Este *Cuaderno del Futuro* podría abrir caminos de construcción, apuesta y reflexión para abordar la situación de las personas mayores en el país. Sin duda, la realidad del envejecimiento en el país es compleja y toca muchas aristas. Las problemáticas que aquí se presentan son avances en algunos temas prioritarios y no pretenden explicar toda la situación de las personas mayores en el país. Se trata más bien de estimular su ampliación, profundización, actualización e incidencia tanto para los hacedores y tomadores de decisiones en las políticas públicas, como para las comunidades de investigadores y académicos interesados por las problemáticas del desarrollo social y económico en el país.

Una de las principales limitaciones del presente análisis es la falta de encuestas específicas sobre los adultos mayores en Bolivia. Pese a que los resultados son consistentes entre sí, es necesario tener información más precisa acerca de este segmento de la población. De esta manera la política pública podría ser más asertiva.

Algunas recomendaciones de los autores son:

1. Se hace necesario contar con estadísticas que permitan establecer un perfil detallado de las personas adultas mayores, que tomen en cuenta la diversidad en cuanto a género, edad, etnicidad y área de residencia, especialmente en el ámbito de la salud. También es recomendable el cruce de datos entre diferentes variables de desigualdad social, educativa y económica, lo cual permitiría focalizar mejor las acciones y minimizar la exclusión. Es importante ampliar esta información con investigaciones cualitativas, para comprender los significados que las personas adultas mayores otorgan a los procesos de salud y enfermedad.
2. Se requieren investigaciones comparativas sobre la situación de las personas adultas mayores en el área rural, en el contexto de la crisis climática y la migración rural urbana.
3. Se necesitan investigaciones sobre las relaciones intergeneracionales en el mundo familiar: el lugar que ocupa la persona adulta mayor en la distribución de responsabilidades y en la economía familiar.
4. Hay que abordar la oferta y demanda de cuidado para las personas adultas mayores e indagar en la relación entre el mundo de lo público y lo privado en relación al cuidado de las personas adultas mayores y a su rol como cuidadores de otras personas.
5. Se deben fortalecer las intervenciones programáticas tendientes a la inclusión del envejecimiento en: la atención primaria de salud; servicios farmacéuticos; atención especializada (ambulatoria, hospitalaria y domiciliaria); formación de recursos humanos en geriatría y gerontología; fomentar alternativas comunitarias de cuidado y estrategias de prevención y promoción de la salud.
6. Se requiere poner mayor énfasis en políticas y programas laborales para la población adulta mayor que se mantiene en el rango de trabajadores activos, para garantizar empleos dignos, lo que no sólo podría frenar el fenómeno de la migración interna y externa,

sino también romper con las exclusiones propias del sistema de seguridad social y pensiones contributivas, cuya cobertura sigue siendo muy baja.

7. Es necesario fomentar una mayor y mejor cultura y capacidad de ahorro para trabajadores de bajos ingresos, especialmente para las mujeres a fin de que lleguen protegidos a la vejez.
8. Se debe invertir en la participación económica de las personas mayores, para asegurar trabajo digno para ellas que les permita complementar sus ingresos y seguir aportando a sus familias.

5

Anexos

ANEXO 1

Lista de participantes en el taller de validación del cuaderno de futuro:
Heterogeneidad y desigualdad en las personas adultas mayores: desafíos de las políticas públicas frente al envejecimiento en Bolivia.

HELPAJE/PNUD /CIDES
Fecha: jueves 20 de enero 2011
Lugar: CIDES

	Nombre	Institución
1	Verónica Paz Arauco	IDH-PNUD
2	Ernesto Pérez de Rada	ODM-PNUD
3	Isabel Crespo	IDH-PNUD
4	Ivonne Farah	CIDES
5	Manigeh Roosta	CIDES
6	Fiona Clark	HelpAge
7	Rolando Jitton	HelpAge
8	Eduardo Cáceres	OXFAM
9	Antonio Gómez	UNFPA
10	Emanuelle Villegas	PENSIONES
11	Mary Marquez	CIDEM
12	Carlos Loza	ASOCIACIÓN NACIONAL DE ADULTOS MAYORES DE BOLIVIA
13	Gabriel Miranda	FUNDACIÓN HORIZONTES
14	Mauricio Casanovas	FUNDACIÓN HORIZONTES
15	Rosario Baptista	CONSULTORA EXTERNA
16	Cecilia Salazar	CIDES-UMSA
17	Maria Dolores Castro	CIDES –UMSA
18	Mauricio Medinaceli	CIDES –UMSA

ANEXO 2

Ingreso Personal Promedio (Bs. corrientes)

Concepto	1999	2000	2001	2002	2004	2005	2006	2007
Con ceros								
Promedio	462,3	505,2	588,2	542,8	744,0	695,8	782,3	877,5
Desv. Estándar	927,3	1.240,9	1.210,7	1.167,4	1.503,4	2.266,2	1.824,7	2.219,3
Sin ceros								
Promedio	664,8	751,0	823,6	782,3	856,2	996,4	1.101,8	1.238,2
Desv. Estándar	1.049,7	1.450,7	1.363,3	1.332,9	1.582,7	2.656,1	2.082,7	2.550,3

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

ANEXO 3

Hombres área urbana

Rango de Edad	1999	2000	2001	2002	2004	2005	2006	2007	2008
60 - 65	1.675	1.436	1.487	1.495	2.033	1.606	1.783	2.588	2.389
65 - 70	1.119	967	1.134	927	1.615	904	1.545	1.858	2.193
70 - 75	734	1.044	1.292	815	1.072	1.106	1.343	1.292	2.058
75 - 80	563	1.306	703	851	1.405	1.521	1.583	1.170	1.757
80 - 85	1.788	505	364	974	946	881	1.546	2.493	1.223
Mayor a 85	997	4.561	865	618	840	407	183	1.245	911

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Mujeres área urbana

Rango de Edad	1999	2000	2001	2002	2004	2005	2006	2007	2008
60 - 65	462	474	503	824	894	941	-	908	1.040
65 - 70	399	432	604	483	971	657	701	608	1.178
70 - 75	364	265	605	682	660	716	1.026	618	647
75 - 80	340	547	323	401	665	2.773	491	601	921
80 - 85	176	247	491	462	495	349	805	704	655
Mayor a 85	637	309	682	490	531	468	367	1.453	1.265

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Hombres área rural

Rango de Edad	1999	2000	2001	2002	2004	2005	2006	2007	2008
60 - 65	313	275	623	420	460	-	963	544	863
65 - 70	248	253	412	370	659	404	420	1.283	844
70 - 75	247	483	511	459	479	242	394	456	921
75 - 80	202	214	414	232	627	253	438	240	848
80 - 85	164	165	271	296	380	165	484	542	619
Mayor a 85	369	107	415	296	239	256	40	378	479

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Mujeres área rural

Rango de Edad	1999	2000	2001	2002	2004	2005	2006	2007	2008
60 - 65	114	67	121	134	218	122	137	204	272
65 - 70	64	96	232	135	253	104	152	192	393
70 - 75	91	49	233	126	241	122	203	163	361
75 - 80	91	49	233	126	241	122	203	163	361
80 - 85	39	98	213	133	220	77	327	384	331
Mayor a 85	53	31	58	115	227	230	103	44	190

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

ANEXO 4

El QUAIDS se deriva de la siguiente especificación logarítmica cuadrática de la función de gasto de un determinado consumidor¹:

$$\ln c(u, p) = \ln a(p_t) + \frac{u \cdot \ln b(p_t)}{1 - u \cdot g(p_t)}$$

Donde:

u es el nivel de utilidad que puede variar entre 0 (subsistencia) y 1 (riqueza²).

$a(p)$ es el costo de subsistencia y $b(p)$ es el costo de la riqueza.

A continuación se presentan las funciones de los índices de precios considerados anteriormente:

$$\ln a(p_t) = \alpha_0 + \sum_{i=1}^n \alpha_i \cdot \ln p_{i,t} + \frac{1}{2} \cdot \sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n \gamma_{i,j} \cdot \ln p_{i,t} \cdot \ln p_{j,t}$$

$$b(p_t) = \prod_{i=1}^n p_{i,t}^{\beta_i}$$

$$g(p_t) = \sum_{i=1}^n \lambda_i \cdot \ln p_{i,t}$$

donde:

$$\alpha_i = \alpha_{i,0} + \sum_{k=1}^K \alpha_{i,k} \cdot z_k^\alpha$$

¹ Una función de gasto define el gasto mínimo que requiere el consumidor para alcanzar determinado nivel de utilidad con precios dados, en el modelo inicial desarrollado por Deaton, A.S. y J. Muellbauer (1980) la función de gasto tomaba la siguiente forma: $\ln c(u, p_t) = (1-u) \cdot \ln a(p_t) + u \cdot \ln b(p_t)$. Se aprecia claramente la razón por la que los índices de precios $a(p)$ y $b(p)$ corresponden a determinados estados de bienestar, sin embargo su versión cuadrática propuesta por Banks et al. (1997), permite que las curvas de Engel resultantes no sólo sean lineales, sino también cuadráticas.

² La traducción no es del todo correcta, la palabra original en inglés es *bliss*.

Las variables Z denotan características demográficas como educación del jefe de hogar, vivienda propia, etc. Combinando las ecuaciones anteriores se obtiene la siguiente forma funcional de la ecuación de demanda a estimarse por cada bien:

$$w_{i,t} = \alpha_i + \sum_{j=1}^n \gamma_{i,j} \cdot \ln p_{j,t} + \beta_i \cdot \ln \left[\frac{m_t}{a(p_t)} \right] + \frac{\lambda_i}{b(p_t)} \cdot \ln \left[\frac{m_t}{a(p_t)} \right]^2 + \varepsilon_{i,t}$$

Donde $w_{i,t}$ es la participación en el gasto total del bien i en el período t , m_t es el ingreso total (que puede estar medido como el gasto total) en el mismo período, para determinada familia. Resaltan dos características de la ecuación (5); la primera es la relación que existe entre la demanda del bien i no sólo con su propio precio, sino también con el precio del resto de bienes considerados; la segunda, es la relación cuadrática entre la demanda del bien y el ingreso total, esta forma funcional determina que las curvas de Engel sean no lineales.

Las técnicas de estimación econométrica del sistema definido varían ampliamente, desde estimaciones de máxima verosimilitud hasta procesos iterativos de regresiones mínimo cuadráticas. En este documento se utilizará aquella propuesta por Blundell y Robin (1999), que consiste en estimar la ecuación el sistema a través del siguiente proceso iterativo: se aproximan las ecuaciones iniciales con el Índice de Stone³ y $b(p_t) = 1$, con estos valores, a través de mínimos cuadráticos, se estima la ecuación final; luego con los valores encontrados se aproximan nuevamente las ecuaciones iniciales y el proceso iterativo continúa hasta que determinada convergencia es alcanzada en los parámetros estimados.

Debido a la presencia de correlación contemporánea entre los errores y el ingreso total (a partir de este momento, gasto total), la técnica de mínimos cuadráticos produce estimadores inconsistentes. Por esta razón, es necesario instrumentar el gasto total con el ingreso total, las rentas de jubilación, los bonos, las rentas de viudez y de beneméritos,

3 El Índice de Stone se define como $\ln p_t^* = \sum_{j=1}^n w_{j,t} \ln(p_{j,t})$.

los cuales, bajo condiciones de separabilidad, deberían estar no correlacionados con el error.

Previa la presentación de los resultados y el trabajo de simulación, a continuación se presentarán las principales características de la muestra utilizada en la estimación econométrica:

- Sólo incluyen las familias cuyo jefe de hogar es una persona mayor a los 60 años y reporta un ingreso positivo.
- Se incluyen familias del área rural y urbana.
- El período de análisis es 1999 – 2007.
- Los índices de precios se obtuvieron del Instituto Nacional de Estadística, considerando la ponderación previa a la actual.

La siguiente página presenta los resultados de la estimación de la función de demanda QUAIDS para cuatro componentes del gasto: salud, vestimenta, vivienda y comida⁴. Los coeficientes estimados explican cómo varía el porcentaje de gasto de los bienes considerados, ante cambios en las variables independientes. Por ejemplo, cuando la familia pertenece al sector urbano el porcentaje de gasto en salud se incrementa en 0.00054 ó, lo que es igual, en 0.055 %.

4 La programación se realizó en Matlab.

Resultados de la Estimación -QUAIDS

Variable	Salud	Vestimenta	Vivienda	Comida
Constante	0,217734	-4,892765	-2,264352	27,459008
	0,064637	0,101272	0,045188	0,123424
Error variable instrumental	0,000000	-0,000000	0,000000	-0,000007
	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000
Urbano = 1, Rural = 0	0,000540	-0,014673	0,000333	-0,072444
	0,000219	0,000263	0,000141	0,000935
Número miembros en la familia	-0,001360	0,000298	-0,000157	0,007611
	0,000039	0,000047	0,000025	0,000167
Años de estudio del jefe de hogar	-0,000285	-0,000389	0,000293	-0,007032
	0,000021	0,000025	0,000013	0,000088
Edad	0,000276	-0,000348	-0,000009	-0,000371
	0,000012	0,000014	0,000008	0,000052
Género del jefe de hogar (1=hombre, 0=mujer)	-0,001771	0,000789	0,000515	-0,014573
	0,000167	0,000201	0,000108	0,000713
Renta jubilación	-0,000001	-0,000000	0,000001	-0,000001
	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000
Renta Invalidez	-0,000011	-0,000007	0,000005	-0,000026
	0,000003	0,000003	0,000002	0,000011
Eje Central (1=Sí, 0=no)	-0,000309	-0,002083	-0,000505	0,000534
	0,000040	0,000048	0,000026	0,000178
Renta Viudez	0,000001	0,000011	0,000001	-0,000043
	0,000000	0,000001	0,000000	0,000002
Bonosol/Bolivida/Renta Dignidad	0,000001	-0,000001	-0,000008	0,000136
	0,000001	0,000002	0,000001	0,000006
Renta Beneméritos	0,000005	0,000002	0,000005	-0,000009
	0,000001	0,000001	0,000000	0,000003
Precio Salud	-0,165066	-0,445085	-0,215010	-4,031185
	0,010933	0,002458	0,004553	0,004870
Precio Vestimenta	0,270707	0,695157	0,277715	0,674385
	0,009835	0,019619	0,004590	0,004393
Precio Vivienda	-0,145514	0,634001	0,555635	-5,278619
	0,004435	0,001147	0,005223	0,002007
Precio Comida	0,016572	0,024058	-0,172355	2,049441
	0,003713	0,000990	0,001769	0,027386
Log (ingreso)	0,002000	-0,052195	-0,010683	-0,180015
	0,001052	0,001168	0,000655	0,003768
Log (ingreso) 2	-0,000011	-0,000291	-0,000039	-0,000661
	0,000002	0,000139	0,000007	0,000391
R2	0,03	0,09	0,11	0,44
R2 ajustado	0,03	0,09	0,11	0,44
F	506,15	1.653,06	2.163,66	14.022,95

El presente *Cuaderno de Futuro* presenta una mirada innovadora y diferente sobre la compleja problemática del adulto mayor en nuestro país. Entender el cambio demográfico que implica el envejecimiento, la caracterización de esta población y el acceso a derechos sociales como la salud y un nivel digno de ingresos no sólo visibiliza una serie de desigualdades que tienen un matiz étnico y de género, sino también nos plantea una ruta crítica para la política pública, ya que la situación actual de los adultos mayores está inexorablemente vinculada a la realidad que deberán enfrentar las futuras generaciones.

Con base en testimonios que relatan vivencias recogidas a lo largo de 25 años de trabajo de la red HelpAge en Bolivia, el documento cuenta también la historia de una vida de lucha por el acceso a la educación y a los logros económicos y políticos del país del colectivo de adultos mayores.

